

福岡県医発第1344号(地)

平成17年10月22日

各 医 師 会 長 殿



福岡県医師会
会長 竹嶋 康弘



平成17年度要介護認定モデル事業(第二次)の実施について(協力依頼)

厚生労働省において、介護保険制度改革における新予防給付の対象者選定に係るモデル事業を全国の市町村を対象に実施することとなり、日本医師会に協力依頼があった旨、別紙のとおり通知がありました。

つきましては、事業の円滑な実施にあたり、主治医意見書記載や介護認定審査会等に関し、貴会並びに会員各位のご協力を賜りたくご高配の程よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽



(介 5 0)

平成 17 年 10 月 17 日

都道府県医師会 介護保険担当理事 殿

日本医師会 介護保険担当理事

野 中



平成 17 年度要介護認定モデル事業（第二次）の実施について（協力依頼）

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は介護保険制度運営に関し、格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

今般、厚生労働省は、介護保険制度改革における新予防給付の対象者選定に係るモデル事業を全国の市町村を対象に実施することとなり、別添のとおり本会宛に調査協力依頼がありました。事業の円滑な実施にあたり、主治医意見書記載や介護認定審査会等に関し、貴会傘下の地区医師会及びご所属の会員の先生方にご協力を賜りたくご高配のほど宜しくお願い申し上げます。ご参考までに、10 月 3 日に開催されたモデル事業担当者説明会の資料も併せてご送付いたします。

なお、モデル事業担当者説明会資料における認定審査会や主治医意見書記載の手引き等につきましては案の段階のものでしたが、本日送付致しました各資料は、事業実施の際に使用されるものであることを申し添えます。

敬具

（別添資料）

・平成 17 年度要介護認定モデル事業（第二次）の実施について（依頼）

（老老発第 1014002 号 平 17.10.14 厚生労働省老健局老人保健課長通知）

・平成 17 年度要介護認定モデル事業（第二次）担当者説明会資料

（平 17.10.3 厚生労働省老健局老人保健課）





老老発第 1014002 号

平成 17 年 10 月 14 日

社団法人日本医師会
会長 植松 治雄 殿

厚生労働省老健局老人保健課長



平成 17 年度要介護認定モデル事業（第二次）の実施について（依頼）

平素から介護保険及び高齢者保健福祉施策の推進にご協力を賜りありがとうございます。

標記の事業につきましては、介護保険制度改革における新予防給付対象者の選定に係る試行を目的として、全国の市町村を対象に実施するものであり、本事業の実施により明らかとなった課題を検証し、新たな介護保険制度の施行につなげることとしております。

本事業の実施に当たっては、主治医意見書を記載する医師及び介護認定審査会の委員等の協力が必要であることから、貴会におかれましては、本事業の趣旨をご理解いただくとともに、本事業の実施について都道府県、市町村医師会に対しご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、都道府県、市町村に対し配布する本事業用の各手引きを別添のとおり送付いたします。



老老発第 1014001 号

平成 17 年 10 月 14 日

北海道介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局老人保健課長



平成 17 年度要介護認定モデル事業（第二次）の実施について（通知）

介護保険事業及び高齢者保健福祉行政の推進につきましては、日頃から格段の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成 17 年度要介護認定モデル事業（第二次）（以下「本事業」という。）については、「平成 17 年度要介護認定モデル事業の実施について」（平成 17 年 4 月 1 日付老発第 0401001 号）に基づき実施することとし、今般、その具体的な実施方法に係る各種の手引き等を定めましたので通知します。

貴職におかれましては、本事業の円滑な実施に特段の御配慮を賜りますとともに、貴管内の市区町村に対する御支援をお願い申し上げます。

また、本事業の対象となる者に限り、「要介護認定等の実施について」（平成 15 年 3 月 24 日老発第 0324002 号厚生労働省老健局長通知）に定める「主治医意見書記入の手引き」及び主治医意見書に替えて、「平成 17 年度要介護認定モデル事業（第二次）主治医意見書記載の手引き」に従って、主治医意見書（改訂版）への意見の記載を求め、記載された主治医意見書（改訂版）に基づき介護認定審査会における審査判定を行うことは差し支えないことを申し添えます。

なお、本調査につきましては、統計法に基づく届出統計として調査報告の秘密は保持され、統計上の目的以外の使用は認められず、調査の結果は公表されることを申し添えます。

配布資料一覧

- ・平成17年度要介護認定モデル事業（第二次）担当者説明会資料の見直し部分
- ・平成17年度要介護認定モデル事業（第二次）担当者用事業の手引き
- ・平成17年度要介護認定モデル事業（第二次）追加項目等記入の手引き
- ・平成17年度要介護認定モデル事業（第二次）主治医意見書記載の手引き
- ・平成17年度要介護認定モデル事業（第二次）介護認定審査会の手引き（状態の維持・改善可能性の評価に係る審査）

平成17年度要介護認定モデル事業(第二次)担当者説明会資料の見直し部分

変更前	変更後
(説明会資料) P95中段 ①疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態の定義内 「…、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期で病状が不安定な状態にあり、…」	(介護認定審査会の手引き) P3中段 「…、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期で、心身の状態が不安定であり、…」

平成17年度要介護認定モデル事業
(第二次)

担当者用事業の手引き

厚生労働省
平成17年10月

目 次

1	目的	2
2	構成	2
3	本事業のスケジュール	3
4	事業の対象者	4
5	事業に必要な書類	5
6	市町村への依頼事項	6
7	都道府県への依頼事項	8
8	事業の流れ	10

別紙資料

別紙1	「要介護認定モデル事業（第二次）」協力をお願い	12
別紙2	要介護認定モデル事業（第二次）について	13
別紙3	同意書	15
別紙4	認定調査票（追加項目分）	16
別紙5	主治医協力依頼文	17
別紙6	事業報告事項（報告データ）一覧	18
別紙7	要介護認定モデル事業（第二次）用ソフト動作環境	24

（厚生労働省担当者の連絡先）

1 目的

要介護認定モデル事業（第二次）（以下、「本事業」という。）は、新たな要介護認定及び要支援認定（以下、「要介護認定等」という。）の円滑な導入を行う観点から、一次判定ソフト（改訂版）（以下、「本事業用ソフト」という。）に基づく要介護認定等について、その適正な実施についての検証等を行い、今後の要介護認定等に係る事務に反映させることにより、介護保険制度の円滑な推進に資することを目的としています。

2 構成

本事業は、以下により構成されています。

（１）認定調査

現行制度に基づく調査項目に加え、別途指定する３項目（以下、「追加調査項目」といいます。）について調査を実施します。

（２）主治医意見書

別途指定する様式的主治医意見書（改訂版）を使用します。

（３）一次判定の実施

別途配布する本事業用ソフトを用いて一次判定を実施し、介護認定審査会資料（改訂版）の作成を行います。

（４）介護認定審査会

追加調査項目等を含む介護認定審査会資料（改訂版）、特記事項及び主治医意見書（改訂版）を用いて現行の二次判定を実施し、そのなかで要介護１の者に対し、状態の維持・改善可能性の審査判定を試行的に実施します。

（５）事業の報告

本事業用ソフトで作成されたデータ（以下、「事業報告データ」という。）を認定支援ネットワークで送信します。

3 本事業のスケジュール

	厚生労働省	都道府県	市町村	対象者
平成17年 9月	○モデル事業(第二次) の手引き(暫定版) 配布(9/27)	○モデル事業(第二次) の手引き(暫定版)送 付	○事業準備	
10月	○都道府県向けモデル 事業(第二次)説明会 (10/3) ○モデル事業(第二次) の手引き(完成版)等 必要書類配布 ○モデル事業(第二次) 用ソフト配布	○市町村向けモデル事 業(第二次)説明会 → ○モデル事業(第二次) の手引き(完成版)等 必要書類送付 ○都道府県・市町村から地区医師会(協力依頼)・認定調査 員・介護認定審査会委員等への説明会		
11月	調査報告 データ 受付期間 11月21日 ～ 12月28日		11月のうち連続する1週間 (土・日も含む) 申請 ○上記期間中の申請者の一部を対象 同意書 記入 ○調査対象者への説明・ 依頼と同意書入手 認定調査 現行調査項目及び追加調査項目 主治医への協力依頼・ 主治医意見書(改訂版) 別途指定する様式 認定調査実施 一次判定の実施	
12月		※ ○送信不能の市町村から送 付された事業報告データ の取りまとめ ○事業報告データを厚生労 働省へ認定支援ネットワ ークで送信	○事業報告データの入力 ○事業報告データを厚生労働省 へ認定支援ネットワークで送信 ※送信不能の市町村: 事業報告データを都道府県へ送付	

4 事業の対象者

平成17年11月1日（火）から11月30日（水）までのうち任意に連続する1週間（申請受付の実施の有無にかかわらず、土・日曜日を含む）に要介護認定等の新規申請および更新申請を行う者に対して、本事業の説明を行い、書面にて同意を得られた者を本事業の対象者（以下、「調査対象者」という。）とします。

なお、調査対象者の数は、市町村（特別区、一部事務組合、広域連合を含む）の人口規模（平成17年9月1日現在）に応じて、厚生労働省があらかじめ目安として定めた人数を設定していただくようお願いします。

調査対象者数

人口1万人未満	5人
1万人以上5万人未満	10人
5万人以上10万人未満	15人
10万人以上30万人未満	40人
30万人以上50万人未満	75人
50万人以上100万人未満	150人
100万人以上	300人

（1）連続する1週間（調査対象となる申請期間の設定）

- ・ 平成17年11月1日（火）から11月30日（水）までの間で、申請受付の実施の有無にかかわらず、土・日曜日を含む連続する1週間を設定してください。

（2）本事業の説明・依頼

- ・ 当該期間の要介護認定等の新規申請および更新申請の者（申請者の要介護状態区分は問いません）に対して、別紙1（12ページ）等を用いて説明・依頼を行ってください。
- ・ 本事業の概要について説明を行う場合は、必要に応じ別紙2（13ページ～14ページ）を用いてください。

（3）同意書への記入

- ・ 説明に対して同意が得られた場合には、別紙3（15ページ）の同意書に署名を依頼してください。
- ・ 本人が記入できない場合は、代理の方の記入で結構です。

※認定調査を委託する場合は、上記（2）及び（3）について委託先に依頼してください。

5 事業に必要な書類

(1) 調査の手引き類

	書 類 名	概 要
①	担当者用事業の手引き 【本書】	都道府県及び市町村担当者への説明資料
②	追加調査項目等記入の手引き 【別途配布】	認定調査員への説明資料
③	主治医意見書記載の手引き 【別途配布】	主治医等及び介護認定審査会委員への説明資料
④	介護認定審査判定の手引き 【別途配布】	介護認定審査会委員への説明資料
⑤	本事業用ソフト 【別途配布】	審査判定資料の作成等

(2) 調査に使用する書類

	書 類 名	記 入 者 等
①	説明文書及び同意書 【別紙 1～3 参照】	調査対象者
②	現行の認定調査票、 追加項目分【別紙 4 参照】	認定調査員
③	主治医協力依頼文【別紙 5 参照】、 主治医意見書（改訂版）【別途配布】	主治医等所定の者
④	介護認定審査会資料（改訂版）	市町村職員 （別途配布するソフトを用いて作成）

6 市町村への依頼事項

(概要) 市町村担当者

- ・ 事業の対象となる申請期間（1週間）の設定
- ・ 申請者への説明・依頼
- ・ 調査対象者からの同意書入手
- ・ 認定調査等の実施
- ・ 主治医意見書の入手
 - 主治医等へ主治医意見書（改訂版）の協力を依頼
- ・ 一次判定の実施
 - 本事業用ソフトへの認定調査結果等の入力
 - 介護認定審査会資料（改訂版）のプリントアウト
- ・ 介護認定審査会の実施
 - 介護認定審査会委員へ改訂版の説明
- ・ 事業の報告（認定支援ネットワーク掲示版より送信）

(1) 事業の対象となる申請期間の設定

「4 事業の対象者」に従い申請期間を設定してください。

期間については、平成17年11月1日（火）から11月30日（水）までの間で、申請受付の実施の有無にかかわらず、土・日曜日を含む連続する1週間を設定してください。

(2) 申請者への説明・依頼

(1) で設定された期間中、要介護認定等の新規申請および更新申請の方に別紙1（12ページ）を用いて本事業の説明を行った上で、協力を依頼してください。

また、本事業の概要について説明を行う場合は、必要に応じ別紙2（13ページ～14ページ）を用いてください。

(3) 調査対象者からの同意書の入手

(2) を踏まえて同意していただける場合は、別紙3（15ページ）の同意書に署名していただいた上で、同意書を受領してください。

また、調査対象者数は、実施市町村の人口規模に応じて、厚生労働省が目安として定めた人数を設定していただくようお願いします。

(4) 認定調査の実施

認定調査員は、調査対象者に対して「追加調査項目等記入の手引き」に従い、現行の認定調査票及び追加項目調査票別紙4（16ページ）へ記入してください。

(5) 主治医意見書の入手

調査対象者の主治医に対し、本事業への協力を別紙5（17 ページ）を用いて依頼し、別途指定する様式の主治医意見書（改訂版）への記載を依頼してください。

(6) 一次判定の実施

本事業用ソフトへ以下の項目を入力し、一次判定を実施するとともに、介護認定審査会資料の作成（プリントアウト）を行ってください。

《入力項目》

- ・ 認定調査票 現行の認定調査項目＋追加調査項目（3 項目）
- ・ 主治医意見書 「3. 心身の状態に関する意見」
 - （1）日常生活の自立度について
 - ・ 認知症高齢者の日常生活自立度
 - （2）認知症の中核症状
 - ・ 短期記憶
 - ・ 日常意思決定を行うための認知能力
 - ・ 自分の意志の伝達能力
- 「4. 生活機能とサービスに関する意見」
 - （2）栄養・食生活
 - ・ 食事行為

(7) 介護認定審査会の実施

介護認定審査会における審査判定の際に、（6）により作成（プリントアウト）した介護認定審査会資料（改訂版）、特記事項の写し及び主治医意見書（改訂版）の写しを提示してください。なお、介護認定審査会委員への資料の事前配布については、通常と同様の扱いとします。

また、介護認定審査会の開催に先立ち、

- ① 介護認定審査判定の手引きを用いて変更点を説明
- ② 新たに追加された認定調査項目等を含む介護認定審査会資料（改訂版）、特記事項、主治医意見書（改訂版）を用いて、“現行の二次判定”および“状態の維持・改善可能性の審査判定（要支援2、要介護1の判定）”を行っていただくこと（「8 事業のながれ」参照）

を説明してください（別途説明会等を開催して説明いただいても結構です）。

(8) 事業の報告

- ① 事業の結果を別紙6 (18 ページ～23 ページ) に示されている事項 (事業報告データ) について別途配布する本事業用ソフトに入力し、認定支援ネットワークを通じて11月21日 (月) ～12月28日 (水) に厚生労働省へ報告 (送信) してください。
- ② 報告内容については、5 年間保存してください。
- ③ 事業報告データを送信できない市町村については、都道府県へ送付してください。

7 都道府県への依頼事項

都道府県担当者

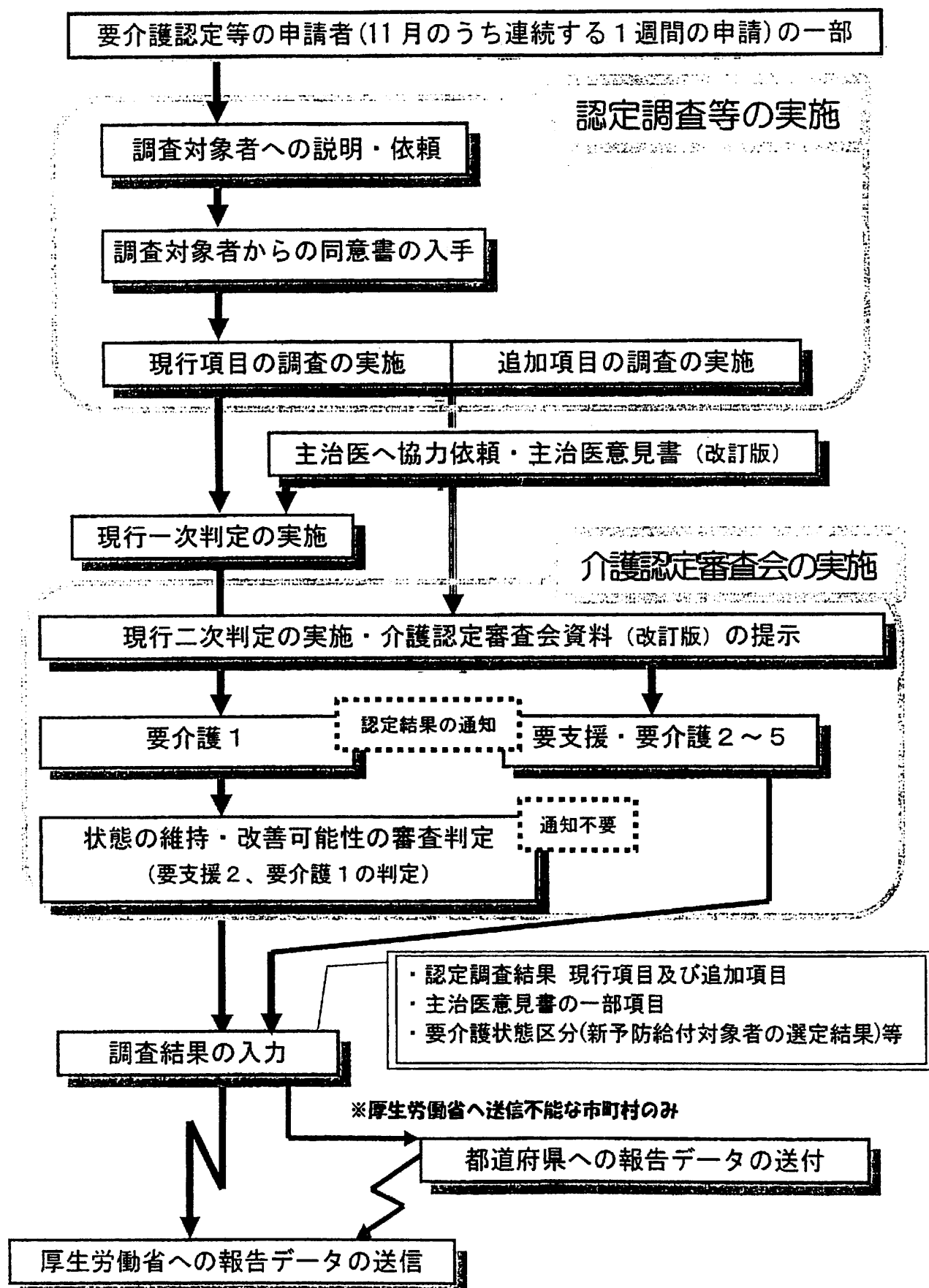
- ・ 市町村に対して、本事業における支援を行う。
- ・ 事業報告データ送信不能市町村のデータのとりまとめ及び国への代行送信

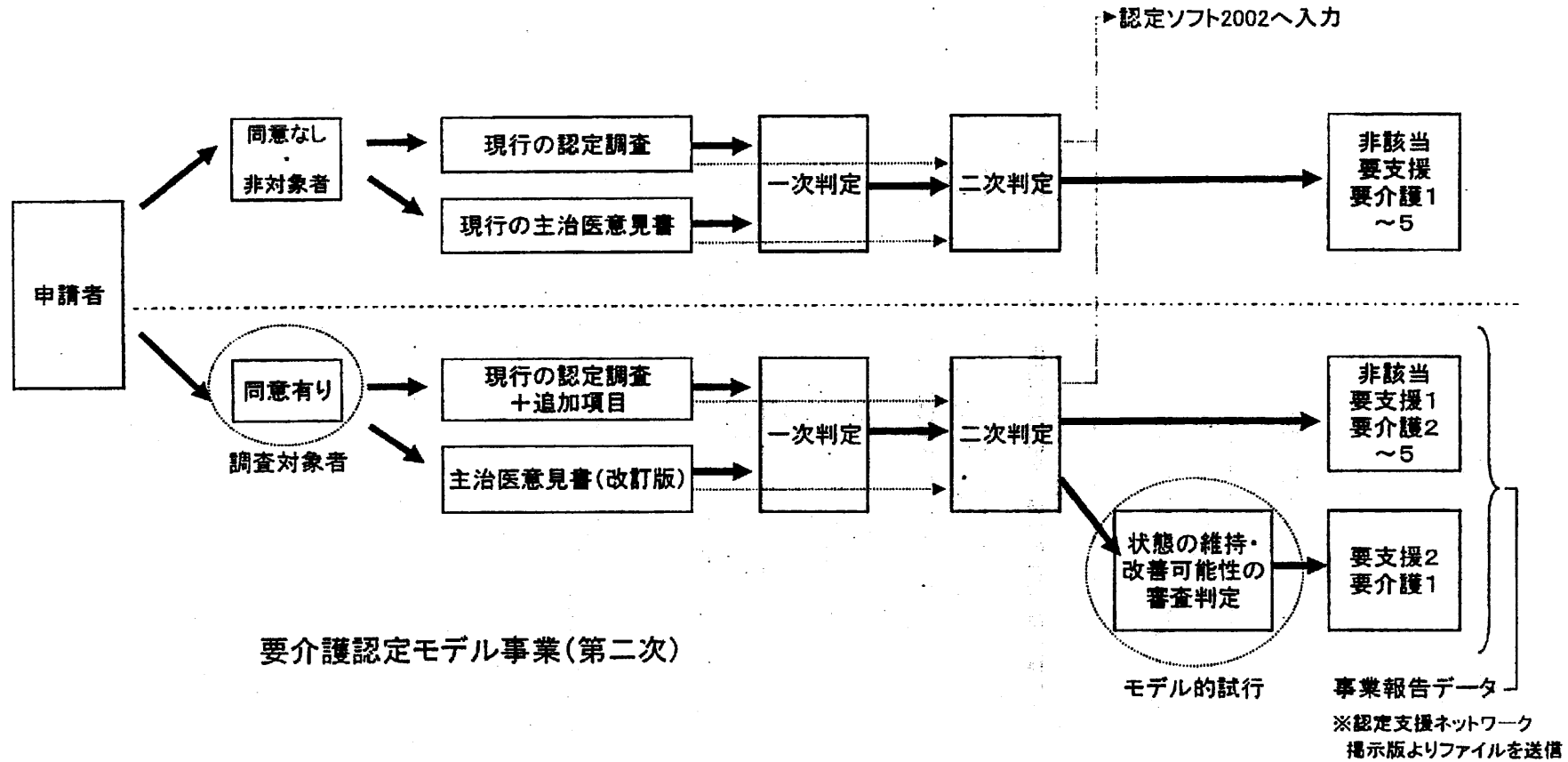
認定支援ネットワークを通じて、厚生労働省へ調査報告データを送信することができない市町村から当該データを送付してもらい、とりまとめた上、別途配布する本事業用ソフトを用いて11月21日 (月) ～12月28日 (水) に厚生労働省へ代行送信してください。

留意事項

- 調査対象者の申請時の要介護状態区分は問いません。
- 調査対象者は、本事業の説明を受け、本事業への参加を同意された方のみであり、それ以外の方を別途選定していただく必要はありません。
- 調査対象者の主治医に対し、本事業の協力を依頼してください。
- 介護認定審査会資料（改訂版）に関連して、別途配布する本事業用ソフトへの認定調査項目の入力、プリントアウト、結果の送信等の作業が必要となります。
- 本事業にて二次判定（介護の手段に係る審査判定）された要介護状態区分は、現行制度において有効ですので、調査対象者に対し認定結果通知が必要となります。
しかし、状態の維持・改善可能性の審査判定にて決定された要介護状態区分は、現行制度において有効性がないので調査対象者に対し認定結果通知等は不要となります。ご注意ください。
- 本事業の報告については、11月21日（月）～12月28日（水）に、原則として市町村から厚生労働省へ、本事業用ソフトで作成されたデータを認定支援ネットワーク掲示板より送信してください。
送信不能の市町村については、都道府県で取りまとめの上、都道府県から厚生労働省へ認定支援ネットワーク掲示板より送信をしてください。
- 本事業における調査対象者の二次判定結果等は、別途認定ソフト 2002 への入力及び月例の報告が必要になります。
- 本事業は、平成17年度介護保険事業費補助金の対象となりますので、交付要綱をご確認ください。

8 事業の流れ





平成17年____月____日

(事業の対象者氏名) 殿

(市町村) 長

「平成17年度要介護認定モデル事業（第二次）」御協力のお願い

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、当市（町村）では、標記事業を行うこととなりました。本事業は、介護保険制度における、要介護認定の仕組み等を検証するために、要介護者の状況等について調査する事業です。

調査にあたっては、認定調査員が、貴殿並びに御家族等から、現在の心身の状況に関する調査項目（79項目）に加え、活動の状況に関する調査項目（3項目）についておうかがいします。

また、要介護認定に必要な主治医意見書については、当市（町村）より貴殿の主治医に依頼し、本事業に使用させていただきます。

なお、本事業においては要介護認定を実施したうえで、該当される方には新予防給付の選定を試行的に実施する予定です。

つきましては、本事業の趣旨に御賛同いただき、貴殿に調査協力を賜りたく、お願い申し上げる次第です。

本事業は統計法に基づく届出統計として実施されることから、集計結果は公表させていただきますが、個人が特定されることがないことを申し添えます。

本事業に御協力をいただける場合には、認定調査員が持参いたします同意書に御署名を賜りますようお願い申し上げます。

本事業に対するお問合わせは、市（町村） _____課
担当 _____（TEL _____）まで御連絡下さい。

敬 具

要介護認定モデル事業（第二次）について

1 目的

今般の介護保険制度改革では、予防給付のあり方を見直し、併せて要介護状態区分を見直すこととしています。また、新たな予防給付の対象者は、要介護認定において状態の維持や改善可能性に着目した審査判定を経て選定することとしています。

本事業は、厚生労働省の示す一次判定ソフト（改訂版）を用いた要介護認定および、新予防給付対象者の選定を試行的に実施し、その結果等に基づいて所要の検証を行い、新しい介護保険制度における要介護認定の円滑な導入に資することを目的としています。

2 方法

1) 対象者

約3万人

2) 対象市町村

全市町村

3) 調査時期

平成17年11月～12月

4) 事業内容

(1) 認定調査

認定調査実施時に現在の心身の状況に関する認定調査項目（79項目）に加え、活動の状況に関する調査項目（3項目）について調査します。

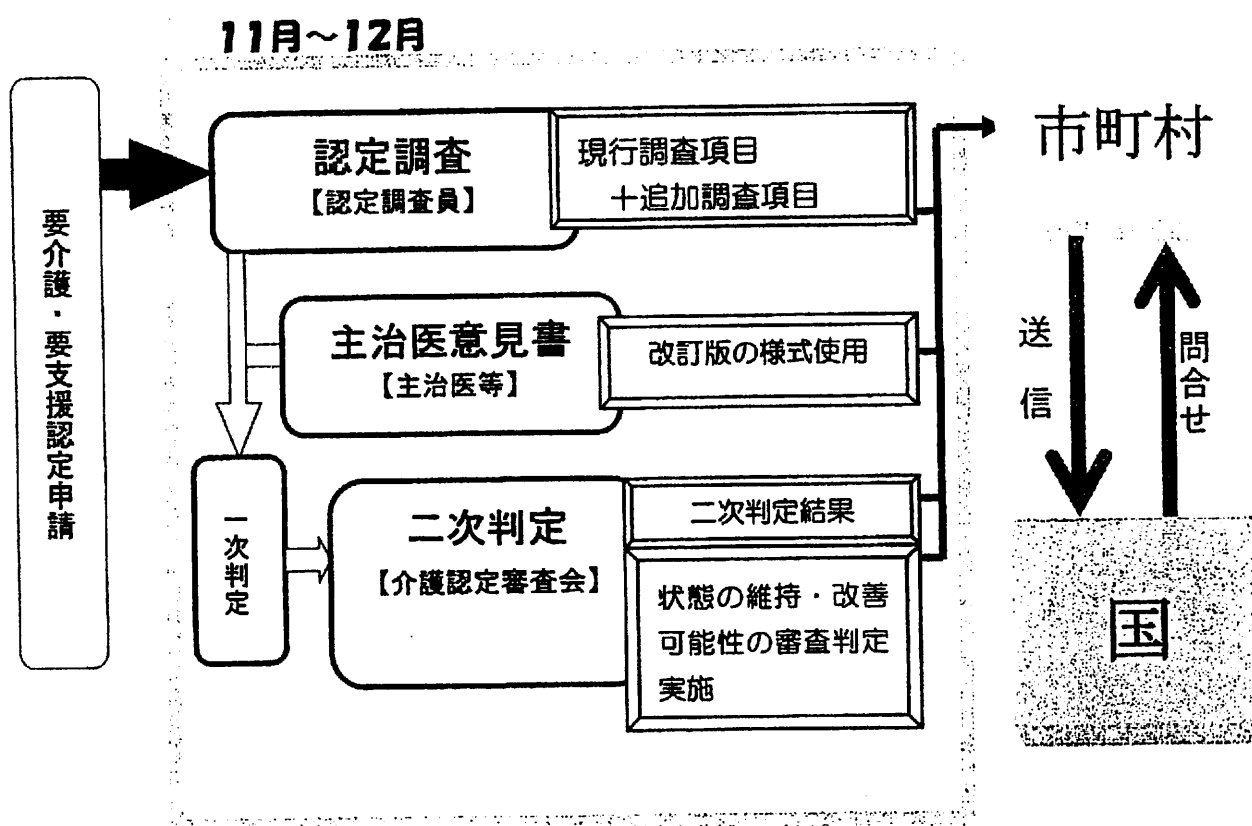
(2) 主治医意見書

本事業用の主治医意見書（改訂版）を使用します。

(3) 介護認定審査会

現行の二次判定の実施、および新予防給付対象者（適切な介護予防サービスの利用により、状態の維持や改善が期待できる状態にある者）の選定を試行することとしています。

3 全体の流れ



要介護認定モデル事業（第二次）の説明を受け、内容を承知
した上で、本調査に

協力する

協力しない

（いずれかを○で囲んでください。）

平成17年 月 日

署名

（代理）

市町村長 殿

調査日 年 月 日

保険者番号

被保険者番号

認定調査票(基本調査)

10-1 日中の生活について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒10

1. よく動いている	2. 座っていることが多い	3. 横になっていることが多い
------------	---------------	-----------------

10-2 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒10

1. 週1回以上	2. 月1回以上	3. 月1回未満
----------	----------	----------

10-3 生活の不活発化の原因となるような家族・居住環境、社会参加等の状況の変化について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒10

1. ない	2. ある
-------	-------

認定調査票(特記事項)

10 廃用の程度(生活の不活発さの程度)に関連する項目についての特記事項

10-1 日中の生活, 10-2 外出頻度, 10-3 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化

()

()

()

平成17年__月__日

(主治医の氏名) 殿

(市町村) 長

「平成17年度要介護認定モデル事業（第二次）」
御協力のお願い

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、当市（町村）では、平成17年度要介護認定モデル事業（第二次）（以下「本事業」と言う。）を行うこととなりました。本事業は、介護保険制度における、要介護認定の仕組み等を検証するために、要介護者の状況等について調査する事業です。

調査にあたり、対象となる方（このたびの主治医意見書の申請者に当たる方）には、すでに本事業の趣旨を説明し、協力をいただく旨の同意を得ておりますが、主治医意見書の記載の依頼に当たり、改めて本事業の趣旨、主治医意見書の改訂版につき、ご協力を賜りたく、お願い申し上げる次第です。

なお、本事業は、統計法に基づく届出統計として実施されることから、集計結果は公表させていただきますが、個人が特定されることがないことを申し添えます。

なお、本調査に対するお問合わせは、市（町村）

課担当（TEL ）まで御連絡下さい。

敬 具

要介護認定モデル事業報告事項(報告データ)一覧

No	報告事項	項目名
1	○	保険者番号
2		被保険者番号
3		認定申請日
4		主キ一用補助項目
5		申請種別コード
6		取下区分コード
7		被保険者区分コード
8	○	年齢
9	○	性別コード
10	○	前回の認定審査会結果
11		前回の認定有効期間(開始)
12		前回の認定有効期間(終了)
13		意見書依頼日
14		意見書入手日
15	○	意見書短期記憶
16	○	意見書認知能力
17	○	意見書伝達能力
18	○	意見書食事
19		調査依頼日
20		調査実施日
21		委託区分
22		認定調査員資格コード
23	○	一次判定結果
24	○	要介護認定等基準時間
25	○	要介護認定等基準時間(食事)
26	○	要介護認定等基準時間(排泄)
27	○	要介護認定等基準時間(移動)
28	○	要介護認定等基準時間(清潔保持)
29	○	要介護認定等基準時間(間接ケア)
30	○	要介護認定等基準時間(問題行動)
31	○	要介護認定等基準時間(機能訓練)
32	○	要介護認定等基準時間(医療関連)
33	○	中間評価項目得点 第1群
34	○	中間評価項目得点 第2群
35	○	中間評価項目得点 第3群
36	○	中間評価項目得点 第4群
37	○	中間評価項目得点 第5群
38	○	中間評価項目得点 第6群
39	○	中間評価項目得点 第7群
40	○	一次判定警告(配列)コード
41	○	運動能力の低下していない認知症高齢者の指標
42	○	日常生活自立度の組み合わせ(自立)

※上記一覧は、現在、認定支援センタに送信いただいているものを基に作成したものです。

○以外の項目を本事業用ソフトへ入力いただいても差し支えありません。

要介護認定モデル事業報告事項(報告データ)一覧

No	報告事項	項目名
43	○	日常生活自立度の組み合わせ(要支援)
44	○	日常生活自立度の組み合わせ(要介護1)
45	○	日常生活自立度の組み合わせ(要介護2)
46	○	日常生活自立度の組み合わせ(要介護3)
47	○	日常生活自立度の組み合わせ(要介護4)
48	○	日常生活自立度の組み合わせ(要介護5)
49	○	重度指標(起き上がり)
50	○	重度指標(立ち上がり)
51	○	重度指標(片足での立位)
52	○	重度指標(ひどい物忘れ)
53	○	重度指標(洗身)
54	○	重度指標(排尿)
55	○	重度指標(上着の着脱)
56	○	重度指標(毎日の日課を理解)
57	○	重度指標(ズボン等の着脱)
58	○	重度指標(口腔清潔)
59	○	重度指標(洗顔)
60	○	重度指標(整髪)
61	○	重度指標(自分の名前をいう)
62	○	重度指標(股関節の制限)
63	○	重度指標(食事摂取)
64	○	重度指標(指示への反応)
65	○	軽度指標(座位保持)
66	○	軽度指標(食事摂取)
67	○	軽度指標(自分の名前をいう)
68	○	軽度指標(洗顔)
69	○	軽度指標(整髪)
70	○	軽度指標(口腔清潔)
71	○	軽度指標(つめ切り)
72	○	軽度指標(ズボン等の着脱)
73	○	軽度指標(洗身)
74	○	軽度指標(上着の着脱)
75	○	軽度指標(起き上がり)
76	○	軽度指標(立ち上がり)
77	○	軽度指標(片足での立位)
78		二次判定日
79	○	二次判定結果
80		認定有効期間(開始)
81		認定有効期間(終了)
82	○	変更の際検証すべき事項コード
83		特定疾病コード
84	○	「要介護1」の場合の状態像

※上記一覧は、現在、認定支援センタに送信いただいているものを基に作成したものです。
○以外の項目を本事業用ソフトへ入力いただいても差し支えありません。

要介護認定モデル事業報告事項(報告データ)一覧

No	報告事項	項目名
85	○	現在の状況
86	○	訪問介護(ホームヘルプサービス)
87	○	訪問入浴介護
88	○	訪問看護
89	○	訪問リハビリテーション
90	○	居宅療養管理指導
91	○	通所介護(デイサービス)
92	○	通所リハビリテーション(デイケア)
93	○	福祉用具貸与
94	○	短期入所生活介護
95	○	短期入所療養介護
96	○	認知症対応型共同生活介護
97	○	特定施設入所者生活介護
98	○	福祉用具購入
99	○	住宅改修
100	○	麻痺(左-上肢)
101	○	麻痺(右-上肢)
102	○	麻痺(左-下肢)
103	○	麻痺(右-下肢)
104	○	麻痺(その他)
105	○	拘縮(肩関節)
106	○	拘縮(肘関節)
107	○	拘縮(股関節)
108	○	拘縮(膝関節)
109	○	拘縮(足関節)
110	○	拘縮(その他)
111	○	寝返り
112	○	起き上がり
113	○	座位保持
114	○	両足での立位
115	○	歩行
116	○	移乗
117	○	移動
118	○	立ち上がり
119	○	片足での立位
120	○	洗身
121	○	じょくそう
122	○	皮膚疾患
123	○	えん下
124	○	食事摂取
125	○	飲水
126	○	排尿

※上記一覧は、現在、認定支援センタに送信いただいているものを基に作成したものです。

○以外の項目を本事業用ソフトへ入力いただいても差し支えありません。

要介護認定モデル事業報告事項(報告データ)一覧

No	報告事項	項目名
127	○	排便
128	○	口腔清潔
129	○	洗顔
130	○	整髪
131	○	つめ切り
132	○	上衣の着脱
133	○	ズボン等の着脱
134	○	薬の内服
135	○	金銭の管理
136	○	電話の利用
137	○	日常の意思決定
138	○	視力
139	○	聴力
140	○	意思の伝達
141	○	指示への反応
142	○	毎日の日課を理解
143	○	生年月日をいう
144	○	短期記憶
145	○	自分の名前をいう
146	○	今の季節を理解
147	○	場所の理解
148	○	被害的
149	○	作話
150	○	幻視幻聴
151	○	感情が不安定
152	○	昼夜逆転
153	○	暴言暴行
154	○	同じ話をする
155	○	大声をだす
156	○	介護に抵抗
157	○	常時の徘徊
158	○	落ち着きなし
159	○	外出して戻れない
160	○	一人で出たがる
161	○	収集癖
162	○	火の不始末
163	○	物や衣類を壊す
164	○	不潔行為
165	○	異食行動
166	○	ひどい物忘れ
167	○	点滴の管理
168	○	中心静脈栄養

※上記一覧は、現在、認定支援センタに送信いただいているものを基に作成したものです。

○以外の項目を本事業用ソフトへ入力いただいても差し支えありません。

要介護認定モデル事業報告事項(報告データ)一覧

No	報告事項	項目名
169	○	透析
170	○	ストーマの処置
171	○	酸素療法
172	○	レスピレーター
173	○	気管切開の処置
174	○	疼痛の看護
175	○	経管栄養
176	○	モニター測定
177	○	じょくそうの処置
178	○	カテーテル
179	○	障害高齢者自立度(認定調査)
180	○	日中の生活
181	○	外出頻度
182	○	家族・居住環境、社会参加などの変化
183	○	認知症高齢者自立度(認定調査)
184	○	認知症高齢者の日常生活自立度(意見書)
185	○	参考指標(「認知症高齢者の日常生活自立度」の蓋然性評価)
186	○	認知機能・廃用の程度から推定される給付区分
187		前回結果 麻痺(左一上肢)
188		前回結果 麻痺(右一上肢)
189		前回結果 麻痺(左一下肢)
190		前回結果 麻痺(右一下肢)
191		前回結果 麻痺(その他)
192		前回結果 拘縮(肩関節)
193		前回結果 拘縮(肘関節)
194		前回結果 拘縮(股関節)
195		前回結果 拘縮(膝関節)
196		前回結果 拘縮(足関節)
197		前回結果 拘縮(その他)
198		前回結果 寝返り
199		前回結果 起き上がり
200		前回結果 座位保持
201		前回結果 両足での立位
202		前回結果 歩行
203		前回結果 移乗
204		前回結果 移動
205		前回結果 立ち上がり
206		前回結果 片足での立位
207		前回結果 洗身
208		前回結果 じょくそう
209		前回結果 皮膚疾患
210		前回結果 えん下

※上記一覧は、現在、認定支援センタに送信いただいているものを基に作成したものです。

○以外の項目を本事業用ソフトへ入力いただいても差し支えありません。

要介護認定モデル事業報告事項(報告データ)一覧

No	報告事項	項目名
211		前回結果 食事摂取
212		前回結果 飲水
213		前回結果 排尿
214		前回結果 排便
215		前回結果 口腔清潔
216		前回結果 洗顔
217		前回結果 整髪
218		前回結果 つめ切り
219		前回結果 上衣の着脱
220		前回結果 ズボン等の着脱
221		前回結果 薬の内服
222		前回結果 金銭の管理
223		前回結果 電話の利用
224		前回結果 日常の意思決定
225		前回結果 視力
226		前回結果 聴力
227		前回結果 意思の伝達
228		前回結果 指示への反応
229		前回結果 毎日の日課を理解
230		前回結果 生年月日をいう
231		前回結果 短期記憶
232		前回結果 自分の名前をいう
233		前回結果 今の季節を理解
234		前回結果 場所の理解
235		前回結果 被害的
236		前回結果 作話
237		前回結果 幻視幻聴
238		前回結果 感情が不安定
239		前回結果 昼夜逆転
240		前回結果 暴言暴行
241		前回結果 同じ話をする
242		前回結果 大声をだす
243		前回結果 介護に抵抗
244		前回結果 常時の徘徊
245		前回結果 落ち着きなし
246		前回結果 外出して戻れない
247		前回結果 一人で出たがる
248		前回結果 収集癖
249		前回結果 火の不始末
250		前回結果 物や衣類を壊す
251		前回結果 不潔行為
252		前回結果 異食行動
253		前回結果 ひどい物忘れ
254	○	市町村内連番 ※送信内容に不明な点があった時の問い合わせに使用します。

※上記一覧は、現在、認定支援センタに送信いただいているものを基に作成したものです。

○以外の項目を本事業用ソフトへ入力いただいても差し支えありません。

要介護認定モデル事業（第二次）用ソフト動作環境

項 目	内 容		
パソコン	・ (フロッピーディスクドライブ) ・ CD-ROM ドライブ		
ディスプレイ	・ 1024 ドット×768 ドット (256 色以上) の解像度が表示可能 (XGA 対応)		
プリンタ	・ A 4 用紙に印刷可能で、以下の余白で印刷が可能 A4 横 上 : 18.1mm 下 : 8.1mm 左 : 10.1mm 右 : 10.1mm A4 縦 上 : 14.1mm 下 : 8.1mm 左 : 18.1mm 右 : 10.1mm		
OS	・ Windows NT Workstation 4.0 (SP5 以上) ・ Windows 2000 Professional (SP2 以上) ・ Windows XP Professional ※1 尚、各 OS の最新サービスパック適用を推奨します。 ※1 Windows XP Professional x64 Edition は対象外です。		
推奨メモリ	動作条件	プログラム 単独利用時	認定ソフト と同居
	OS		
	Windows NT Workstation 4.0	128MB 以上	256MB 以上
	Windows 2000 Professional	256MB 以上	384MB 以上
	Windows XP Professional	512MB 以上	512MB 以上
ハードディスク	・ 200MB 以上の空き容量 (※2) ※2 取り扱いデータは、1,000 件程度を想定しています。		

※認定支援ネットワーク掲示板を利用して調査項目データのアップロードを行う場合、Internet Explorer 5.0 以上が必要となります。

※クライアント/サーバ型は未対応です。

本件連絡先

厚生労働省老健局老人保健課

担当 ○牛渡 雅人

川内 敦文、習田 由美子、前田 彰久、増田 岳史

電話 03-5253-1111 (内線) 3944
03-3595-2490 (夜間)

FAX 03-3595-4010

メールアドレス ushiwata-masato@mhlw.go.jp

平成 17 年度要介護認定モデル事業 (第二次)

追 加 項 目 等 記 入 の 手 引 き

厚 生 労 働 省

平成 17 年 10 月

目 次

新たな認定調査項目について

1. 新予防給付対象者の選定手法についての基本的な考え方・・・ 2
2. 認定調査項目の見直しの視点・・・・・・・・・ 2
3. 新たに追加する認定調査項目
 - 10-1 日中の生活・・・・・・・・・ 4
 - 10-2 外出頻度・・・・・・・・・ 6
 - 10-3 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化・・・・ 7
4. 現行の認定調査項目において特記事項の記載の充実を図るもの
 - 2-5 歩行・・・・・・・・・ 8
 - 2-7 移動・・・・・・・・・ 10

新たな認定調査項目について(案)

1. 新予防給付対象者の選定手法についての基本的考え方

- 疾病や廃用による下肢機能等の低下、活動や参加を阻害する生活環境等を誘因として生活機能が低下している者に対し、比較的軽度の要介護状態のときに活動や参加に主眼を置いた適切なサービスを提供することにより、要介護状態の改善又は重度化の予防を図ることが介護予防の基本です。
- 新予防給付対象者は適切な介護予防サービスの利用により、自立支援の観点から生活機能の向上がより期待される群、即ちいわゆる「廃用症候群」(「生活不活発病」という表現も一部で用いられている)の状態にあるものとして捉えることができ、軽度の要介護者のうち、これらに相当するものを、新予防給付の対象とすることとされております。

2. 認定調査項目の見直しの視点

- 新予防給付の対象者は、適切に介護予防サービスを利用することによって、状態の改善が期待できる「廃用症候群」の状態です。したがって、新しい認定調査項目については、以下の視点から「介護予防サービス評価研究委員会」において専門家による検討が行われました。
 - ・ 生活機能の観点を含めた「廃用の程度」(生活の不活発さの程度)を把握することができる項目であること。
 - ・ できる限り簡易に、「廃用症候群」の状態にある可能性がある対象者を抽出することができる項目であること。
 - ・ 現行の認定調査項目と重複する場合には、その項目においてどのような内容を把握するのかを明確にし、特記事項への記載の充実を図ること。
 - ・ 個別のサービス利用との関連やそのためのアセスメント項目に該当する項目ではないこと。

上記の観点から、認定調査項目の見直しが行われ、「活動」の量を評価する項目として、「日中の生活」、「外出頻度」、「参加」の状況の評価する項目として、「家族・居住環境、社会参加の状況などの変化」の3項目を追加しました。また、「活動」の質を評価するために、移動や歩行の状態等を把握することが重要であり、現行の認定調査項目である「歩行」、「移動」等の特記事項において記載を充実することになりました。

＜新たに追加する認定調査項目＞

- ・ 「日中の生活」
- ・ 「外出頻度」
- ・ 「家族・居住環境、社会参加の状況などの変化」

＜現行の認定調査項目において特記事項の記載の充実を図るもの＞

「歩行」、「移動」等の特記事項への記載を充実

3. 新たに追加する認定調査項目

10-1 日中の生活

日中の生活について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. よく動いている 2. 座っていることが多い 3. 横になっていることが多い

項目の定義

日常生活において生活の活発さをみるために、日中、目覚めている時にどのような姿勢をとっていることが多いか、また動いているかを評価する項目である。

調査上の留意点

一定期間（調査日より概ね過去1か月）の状況を総合的に勘案して判断する。
疾患等のために医療機関から活動性の制限をされている場合は、その理由・指導内容等を特記事項に記載する。

食事とその前後の時間や1日1時間程度の昼寝等の時間は含まない。

日によって日中の生活の状況が異なる場合は、より頻度が多い状況に基づいて判断する。

日頃から義足や装具等を装着している場合、または歩行補助具等を使用の場合は、使用時の状況に基づいて判断し、見守り等が必要であれば、「特記事項」に記載する。
歩行補助具等を使用している場合は、「特記事項」に記載する。

選択肢の判断基準

「1. よく動いている」

日中の生活で動いていることが多い状態をいう。

補足説明

- ・ 車いすの利用等によって座位をとっている場合であっても、活動的な生活をしている場合は含まれる。

「2. 座っていることが多い」

日中、座位で過ごすことが多い等あまり動いていない状態をいう。

補足説明

- ・ 座位の種類（車いす座位、椅子座位、ベッド上座位、床上座位、もたれ座位）は問わない。

「3. 横になっていることが多い」

日中、臥位姿勢をとっていることが多い等ほとんど動いていない状態をいう。

補足説明

- ・ 意識障害等で覚醒していない状態で、介助されることによって座位を保持している場合も含む。

10-2 外出頻度

外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 週1回以上	2. 月1回以上	3. 月1回未満
----------	----------	----------

項目の定義

日常生活において生活の不活発さをみるために、自宅（施設）外へ外出し、何らかの活動をしているかどうかを評価する項目である。
--

調査上の留意点

一定期間（調査日より概ね過去1か月）の状況を総合的に勘案して、1回概ね30分以上の外出の頻度で判断する。自宅（施設）内の屋外（例えば、庭を歩く等）は含まない。外出の目的や、同行者の有無等は問わない。

選択肢の判断基準

「1. 週1回以上」

週1回以上、外出している場合をいう。

「2. 月1回以上」

月1回から3回、外出している場合をいう。

「3. 月1回未満」

月1回未満の頻度で外出している場合をいう。

10-3 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化

生活の不活発化の原因となるような家族・居住環境、社会参加等の状況の変化について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない	2. ある
-------	-------

項目の定義

生活の不活発化の原因となるような状況の変化を評価する項目である。状況が変化しても、生活が変わらない、むしろ活発になる場合は「ない」と判断する。

調査上の留意

一定期間（調査日より概ね過去1か月）の状況を総合的に勘案して判断する。

具体的には、

① 家族環境の変化：配偶者の入院・入所や死亡、子ども（息子あるいは娘）との同居等
--

② 居住環境の変化：転居等

③ 社会参加の状況の変化：退職等

生活の不活発化の原因となるような状況の変化をいう。

選択肢の判断基準

「1. ない」

生活の不活発化の原因となるような状況の変化がない場合をいう。

「2. ある」

生活の不活発化の原因となるような状況の変化がある場合をいう。

補足説明

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・ 不活発化の原因となるような変化があった場合、具体的な状況の変化について「特記事項」に記載する。 |
|---|

4. 現行の認定調査項目において特記事項の記載の充実を図るもの

2-5 歩行

※下線部を追加している

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない

項目の定義

自分で歩けるかどうかを評価する項目である。

ここでいう歩行とは、立った状態から歩くこと（歩幅や速度は問わない）をいい、方向感覚や合目的な歩行と関連しない。

補足説明

- ・ ここでの歩行距離の目安は、5m程度以上とする。
- ・ 片足を欠損している場合にあって、片足で飛び跳ねるように移動することを含む。

調査上の留意点

普段行っていない場合でも、調査時の試行の結果、安定してその行為が行えると判断されれば、「1. つかまらないでできる」として判断して差し支えない。

日頃から義足や装具等を装着している場合、または歩行補助具等を使用の場合は、使用時の状況に基づいて判断し、見守り等が必要であれば、「特記事項」に記載する。

使用している歩行補助具等を「特記事項」に記載する。

補足説明

- ・ できたりできなかったりする場合や日内変動がある場合、より頻回な状況に基づいて判断する。

選択肢の判断基準

「1. つかまらないでできる」

支えや日常的に使用する器具・器械なしに歩ける場合をいう。
歩行障害がない徘徊や視覚障害のつたい歩きも含まれる。

補足説明

- ・ 義足や装具を装着して歩くことができる場合も含む。
- ・ 視覚障害者が、身体を支える目的ではなく、方向を確認する目的で、杖（またはそれに代わる物）を用いている場合も含む。

「2. 何かにつかまればできる」

歩行補助具等を使用すれば歩ける、壁で手を支えながら歩ける場合等をいう。

補足説明

- ・ 片方の腕を介護者が支えると歩行できる場合も含む。
- ・ 杖等の代替として、自分の膝につかまらなと歩けない場合も含む。

「3. できない」

何かにつかまったり支えられても歩行が不可能であるため、車いすを使用しなければならない、あるいは、どのような状況であっても歩行ができない場合をいう。
寝たきり等で歩行することがない場合、あるいは、歩行可能であるが医療上の必要により歩行が制限されている場合も含まれる。

補足説明

- ・ 何かにつかまったり支えられても、5 m以上歩行ができない場合も含む。
- ・ 下肢の欠損により歩行できない場合も含む。

2-7 移動

1. 自立	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
-------	---------	---------	--------

項目の定義

日常生活において、必要な場所への移動にあたって、実際に見守りや介助が行われているかどうかを評価する項目である。移動の手段は問わない。

補足説明

- ・ ここでいう日常生活とは、食事、排泄、着替え、整容、入浴等を含む。また、買い物等で日常的に外出している場合は、外出行為も含む。
- ・ 車いす等への移乗した後の移動をさし、移乗に伴う行為は含まない。
- ・ 移動の手段は問わない。
- ・ 義足や装具、車いす、歩行器等の準備は含まない。

調査上の留意点

精神的な状況、調査対象者の意欲等の理由から移動に見守りや介助が必要な場合でも、移動の際に実際に見守りや介助が行われているかどうかに基づいて判断する。

義足や装具等を装着している場合や、車いすや歩行補助具等を使用している場合は、その状況に基づいて判断する。車いすを使用している場合は、車いすに移乗した後の移動について判断する。

場所、あるいは移動の目的である生活行為によって、状況が異なる場合は、その状況の特記事項に記載する。

車いす、歩行補助具、装具等を使用している場合、壁を支えにしている場合等は、その種類の特記事項に記載する。

補足説明

- ・ 調査対象者の生活全体における当該行為が日常的かどうかで判断する。
- ・ 移動手段により、状況が異なる場合は、より頻回な状況に基づいて判断する。
- ・ 屋内と屋外等で状況が異なる場合は、より頻回な状況に基づいて判断する。
- ・ 通院等により日常的ではないが、定期的に外出する場合は、頻度等を特記事項に記入する。
- ・ 医療上の必要により制限が行われている場合は、制限されている内容により判断する。
- ・ 「2-5 歩行」の特記事項の記載が重複する場合は、「〇〇については、
「2-5 歩行」の特記事項に同じ」等のように記載を省略してもよい。

選択肢の判断基準

「1. 自立」

介助、見守り等なしで移動できる場合をいう。

補足説明

- ・ 車いすや歩行補助具等、日頃使用している器具・器械を用いて、見守り等や介助を受けず、自分で移動できる場合を含む。

「2. 見守り等」

介助なしで移動できるが、見守り等が行われているかどうかをいう。

「3. 一部介助」

自分ひとりでは移動ができないために、部分的に介助が行われている場合をいう。

補足説明

- ・ 介護者が手を添える、体幹を支える、敷居等の段差で車いすを押す等の介助が行われている場合を含む。

「4. 全介助」

自分では移動がまったくできない場合をいう。

補足説明

- ・ 自分で移動がまったくできないために、常に車いすを押す、介護者が抱えて移動する等の日常生活における全場面で介助を必要とする場合をいう。
- ・ 医療上の必要により移動を禁止されている場合も含む。

平成 17 年度要介護認定モデル事業 (第二次)

主治医意見書記載の手引き

厚生労働省
平成 17 年 10 月

目 次

I 介護保険制度における主治医意見書について

- 1. 主治医意見書の位置付け・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2. 意見書の具体的な利用方法・・・・・・・・・・・・ 1

II 記入に際しての留意事項

- 1. 記入者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 2. 記入方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

III 記入マニュアル

- 0. 基本情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- 1. 傷病に関する意見・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
- 2. 特別な医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
- 3. 心身の状態に関する意見・・・・・・・・・・・・ 7
- 4. 生活機能とサービスに関する意見・・・・・・・・ 12
- 5. 特記すべき事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16

- (別添1) 主治医意見書様式の見直しについて 17
- (別添2) 主治医意見書(改訂版) 21
- (別添3) 主治医意見書(現行) 23

I 介護保険制度における主治医意見書について

1 主治医意見書の位置付け

介護保険の被保険者が保険によるサービスを利用するためには、介護の必要性の有無やその程度等についての認定（要介護認定）を保険者である市町村から受ける必要があります。

この要介護認定は、市町村職員等による調査によって得られた情報及び主治医の意見に基づき、市町村等に置かれる保健・医療・福祉の学識経験者から構成される介護認定審査会において、全国一律の基準に基づき公平・公正に行われます。

介護保険法では、被保険者から要介護認定の申請を受けた市町村は、当該被保険者の「身体上又は精神上の障害の原因である疾病又は負傷の状況等」について、申請者に主治医がいる場合には、主治医から意見を求めることとされています。主治医意見書（以下「意見書」という。）は、この規定に基づき、申請者に主治医がいる場合には、主治医がその意見を記入するものであり、その様式等については全国で一律のものを使用していただきます。

要介護認定の結果如何によって、申請を行った高齢者は介護保険によるサービスを利用できるかどうか、また利用できる場合には在宅サービスの上限や施設に支払われる報酬が決定されることとなるものですから、審査判定に用いられる資料である意見書の役割は極めて大きいものです。

介護認定審査会では、医療関係者以外の委員もその内容を理解した上で審査判定を行うこととなりますので、なるべく難解な専門用語を用いることを避けていただき、平易にわかりやすく記入してください。

2 意見書の具体的な利用方法

意見書は、介護認定審査会において、主として以下のように用いられます。

- (1) 第2号被保険者の場合、障害の直接の原因となっている疾病が特定疾病に該当するかの確認

申請者が40歳以上65歳未満の場合は、要介護状態の原因である身体上及び精神上の障害が政令で定められた15疾病（特定疾病）によることが認定の要件となっています。介護認定審査会は、意見書に記入された診断名やその診断の根拠として記入されている内容に基づき、申請者の障害の原因となっている疾病がこの特定疾病に該当していることを確認します。その上で、介護の必要度等について、65歳以上の方と同様に審査及び判定を行います。

従って、特定疾病に該当している場合の診断根拠については、本意見書内に記入してください。

(2) 介護の手間がどの程度になるのかの確認

介護認定審査会では心身の状況に関する 79 項目の調査項目と主治医意見書に基づく一次判定結果を原案として審査判定を行います。審査判定にあたっては、意見書に記入された医学的観点からの意見等を加味して、介護の手間の程度や状況等を加味して、介護の手間の程度や状況等を総合的に勘案することとなりますので、必要に応じて一次判定結果は変更されます。

従って、意見書の記入にあたっては、介護の手間の程度や状況等について具体的な状況を挙げて記入されるようお願いいたします。

(3) 状態の維持・改善可能性の評価

介護認定審査会の審査の過程において「要介護 1 相当」と判定された者に対しては、「要支援 2」「要介護 1」のいずれの給付に該当するか、判定を行います。審査判定にあたっては、認定調査項目や、特記事項、意見書に記入された医学的観点からの意見等を加味して、心身の状態が安定していない者や認知症等により予防給付の利用に係る適切な理解が困難な者を除いた者を「要支援 2」とします。

(4) 認定調査による調査結果の確認・修正

調査員による認定調査は、通常は 1 回の審査に対して 1 回行うこととされており、また、訪問調査員の専門分野も医療分野に限らず様々です。従って、申請者に対して長期間にわたり医学的管理を行っている主治医の意見の方が、より申請者の状況について正確に把握していることが明らかな場合には、介護認定審査会は調査員の調査結果を修正し、改めて一次判定からやり直すこととなります。

(5) 介護サービス計画作成時の利用

介護サービス計画の作成に際し、介護サービスを提供するにあたっての医学的観点からの意見や留意点等についての情報を、申請者等の同意を得てサービス提供者に提供することになります。

従って、介護サービス計画作成上有用となる留意点を具体的に記入してください。

II 記入に際しての留意事項

1 記入者

意見書の記入は、申請者の主治医が行ってください。

2. 記入方法

意見書への記入は、インク、またはボールペンを使用してください。なお、パーソナルコンピュータ等を使用することはさしつかえありませんが、その場合には感熱紙等長期間の保存に適さないものは用いないでください。記入欄に必要な文字または数値を記入し、また□にV印をつけてください。

Ⅲ 記入マニュアル

0. 基本情報

「申請者の氏名」等

申請者の氏名を記入し、ふりがなを併記してください。

性別については、該当する□にレ印をつけてください。

生年月日及び年齢(満年齢)については、該当するものに○印をつけ、必要事項を記入してください。

住所及び連絡先については、居住地(自宅)の住所及び電話番号も記入してください。施設に入院・入所している場合は、当該施設の施設名、住所及び電話番号を記入してください。

主治医として意見書が介護サービス計画作成の際に利用されることについて同意する場合は「□同意する」に、同意しない場合には「□同意しない」にレ印をつけてください。

同意する場合には、介護サービス計画の内容についての検討を行うサービス担当者会議に本意見書は提示されます。

なお、申請者本人の同意を得た上で意見書をサービス担当者会議の参加者に示すことにより、主治医に「守秘義務」に関する問題が生じることはないことを申し添えます。

「医師氏名」等

意見書を記入する主治医の所属する医療機関の所在地及び名称、電話番号、主治医の氏名を記入してください。

なお、医師氏名の欄には、押印の必要はありません。また、医療機関の所在地及び名称等は、ゴム印等を用いても構いません。

ただし、医師本人の記入であることを確認する必要があることから、医師氏名のみは医師本人による自署をお願いします。

(1) 最終診察日

申請者を最後に診察した日を記入してください。

(2) 意見書作成回数

申請者について意見書を初めて作成する場合は「□初回」に、2回目以降の場合は「□2回目以上」にレ印をつけてください。

(3) 他科受診の有無

申請者が他科を受診しているかどうかについて、ご存じの限りで結構ですので該当する□にレ印をつけてください。有の場合は、該当する診療科名の□にレ印をつけてください。意見書中に該当する診療科名がない場合には、その他の()内に診療科名を記入してください。

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名

現在、罹患している傷病の診断名と、その発症年月日を記入してください。

発症年月日がはっきりわからない場合は、おおよその発症年月を記入してください。例えば、脳血管障害の再発や併発の場合には、直近の発作（発症）が起きた年月日を記入してください。

「1.」の傷病名には、65歳以上の第1号被保険者については、生活機能^(※)低下の直接の原因となっている傷病名を、40歳以上65歳未満の第2号被保険者については、介護を必要とさせている障害等の直接の原因となっている特定疾病名を記入してください。

生活機能低下を引き起こしている傷病が複数ある場合もまれではないですが、より生活機能低下を主に引き起こしていると考えられる傷病を優先して記入してください。

なお、4種類以上の傷病に罹患している場合については、主な傷病名の記入にとどめ、必要であれば、「5. 特記すべき事項」の欄に記入してください。

特定疾病の診断については、以下に示す「特定疾病の症候・所見のポイント」を参考としつつ、別添3の「特定疾病にかかる診断基準」に従って記入するとともに、診断上の主な所見については「(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」に記入してください。

※： 生活機能とは、①体・精神の働き、体の部分である「心身機能」、②A D L（日常生活行為）・外出・家事・職業に関する生活行為全般である「活動」、③家庭や社会での役割を果たすことである「参加」、のすべてを含む包括概念。

生活機能には健康状態（病気・怪我・ストレスなど）、環境因子（物的環境・人的環境・制度的環境）、個人因子（年齢・性別など）などが様々に影響する。

特定疾病の症候・所見のポイント

	疾病名	症候・所見
1	初老期の認知症 (アルツハイマー病、血管性認知症等)	アルツハイマー病 … 初期の主症状は、記憶障害である。また、意欲の低下、物事の整理整頓が困難となり、時間に関する見当識障害がみられる。中期には、記憶の保持が短くなり、薬を飲んだことを忘れたり、同じ物を何回も買ってくるようになる。後期には、自分の名前を忘れたり、トイレがわからなくなったり、部屋に放尿するようになる。また失禁状態に陥る。 血管性認知症 … 初発症状として物忘れで始まることが多い。深部腱反射の亢進、足底反射、仮性球麻痺、歩行異常等の局所神経徴候を伴いやすい。一般に、記憶障害はかなりあっても、判断力は保持されており、人格の崩壊は認められない。
2	脳血管疾患(脳出血、脳梗塞等)	脳出血 … 発症状況と経過は一般に頭痛、悪心、嘔吐をもって始まり、しだいに意識障害が進み、昏睡状態になる。半身の片麻痺を起こすことが多く、感覚障害、失語症、失認、失行、視野障害等が見られる。 脳梗塞 … 発症状況と経過は、アテローム血栓症脳梗塞やラクナ梗塞では、夜間安静時に発症し起床時に気が付かれ、症状が徐々に完成することが多く、心原性脳塞栓症では、日中活動時に突発的に発症して症状が完成することが多い。
3	筋萎縮性側索硬化症	筋萎縮・筋力低下、球麻痺、筋肉の線維束性収縮、錐体路症状を認める。それに反して感覚障害、眼球運動障害、膀胱直腸障害、褥瘡は原則として末期まで認めない。
4	パーキンソン病	①振戦 ②筋強剛(固縮) ③動作緩慢 ④姿勢反射障害 ⑤その他の症状(自律神経障害、突進現象、歩行障害、精神症状等)
5	脊髄小脳変性症	初発症状は歩行のふらつき(歩行失調)が多い。非常にゆっくりと進行。病型により筋萎縮や不随意運動、自律神経症状等で始まる。最終的には能動的座位が不可能となり、寝たきり状態となる。
6	シャイ・ドレーガー症候群	起立性低血圧によるたちくらみや失神、排尿困難、尿失禁、便秘等の自律神経障害を呈する。進行により、小脳症状、パーキンソン症状、筋萎縮等や睡眠時無呼吸発作等を生じる。
7	糖尿病性腎症・糖尿病性網膜症・糖尿病性神経障害	糖尿病性腎症 … 糖尿病の罹病期間が長い。糖尿病に伴う蛋白尿を呈する。また、高血圧と浮腫を伴う腎機能障害を認める。 糖尿病性網膜症 … 主な症候は視力低下。末期まで視力が保たれることもあり、自覚症によると手遅れになりやすい。 糖尿病性神経障害 … 下肢のしびれ、痛み等を認める。
8	閉塞性動脈硬化症	問診で閉塞病変に由来する症状(下肢冷感、しびれ感、安静時痛、壊死等)があるかどうか聞く。視診により下肢の皮膚色調、潰瘍、壊死の有無をチェックする。触診ですべての下肢動脈の拍動の有無を調べる。
9	慢性閉塞性肺疾患(肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息、びまん性汎細気管支炎)	肺気腫 … ほとんどが喫煙者で、男性に多い。体動時呼吸困難が特徴的であるが、出現するのはある程度病変が進行してからである。咳、痰を訴えることもある。 慢性気管支炎 … 喫煙者に多く、慢性の咳、痰を認める。体動時呼吸困難は、感染による急性増悪時には認めるが、通常は軽度である。身体所見では、やや肥満傾向を示す人が多いといわれる。 気管支喘息 … 発作性の呼吸困難、喘鳴、咳(特に夜間・早朝)が、症状がない時期をはさんで反復する。気道閉塞が自然に、または治療により改善し、気流制限は可逆的である。その他、気道過敏症を示す。 びまん性汎細気管支炎 … 呼吸細気管支領域にびまん性炎症により、強い呼吸障害をきたす。初期には肺炎球菌、インフルエンザ桿菌等が感染菌となりやすく、痰、咳、喘鳴を呈し、長引くと菌交代現象を起こし、緑膿菌感染になり重症化しやすい。
10	両側の膝関節または股関節の著しい変形を伴う変形性関節症	初期の場合は、歩行し始めの痛みのみであるが、次第に、荷重時痛が増え、関節可動域制限が出現してくる。
11	慢性関節リウマチ	指の小関節から股・膝のような大関節まであらゆる関節に炎症が起こり、疼痛・機能障害が出現する。とくに未明から早朝に痛みとこわばりが強い。筋、腱にも影響し筋力低下や動作緩慢が顕著になる。
12	後縦靱帯骨化症	靱帯の骨化は頸椎に最も多く、頸髄の圧迫では手足のしびれ感、運動障害、腱反射亢進、病的反射出現等の痙性四肢麻痺となる。胸髄圧迫では上肢は異常なく、下肢の痙性対麻痺となる。
13	脊柱管狭窄症	腰部脊柱管狭窄症 … 腰痛、下肢痛、間欠性跛行を主訴とする。 頸部脊柱管狭窄症 … 両側の手足のしびれで発症するものが多い。手足のしびれ感、腱反射亢進、病的反射出現等の痙性四肢麻痺を呈する。
14	骨折を伴う骨粗鬆症	脊椎圧迫骨折 … 腰背部痛を伴う脊柱の変形が特徴的である。軽微な外傷後もしくは誘因なく急性の腰痛を生じ寝たきりになることが多い。 大腿骨頸部骨折・転子部骨折 … 転倒等の後に、大転子部の痛みを訴え起立不能となる。膝の痛みを訴える場合もある。転位の少ない頸部骨折の場合、歩行可能な場合もある。
15	早老症(ウェルナー症候群等)	若年者で老人性顔貌、白髪、毛髪の脱落とともに肥満の割に四肢が細い。若年性白内障、皮膚の萎縮と角化、足部皮膚潰瘍、四肢の筋肉・脂肪組織・骨の萎縮、血管・軟部組織の石灰化、性腺機能低下症、糖尿病、髄膜腫等を認める。

(東京都医師会：介護保険における特定疾病診断の手引き、東京都医師会雑誌、51(9)：1763-1821, 1999 を一部改変)

(2) 症状としての安定性

上記(1)で記入した「生活機能低下の直接の原因となっている傷病による症状」の安定性について、該当する口にレ印をつけてください。

脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期等で、積極的な医学的管理を必要とすることが予想される場合は「不安定」を選択し、具体的な内容を記載してください。記載欄が不足する場合は「(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」に記載してください。

現在の全身状態から急激な変化が見込まれない場合は「安定」を選択してください。不明の場合は「不明」を選択してください。

なお、症状には日内変動や日差変動があるため、介護者からの情報にも留意してください。

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

上記「(1) 1. 診断名」に記入した生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容について要点を簡潔に記入してください。

高齢者においては、傷病による生活機能低下に、転倒、入院等を契機として日中の生活が不活発になったこと、外出の機会の減少、配偶者との死別や転居などを契機とする社会参加の機会の減少、家庭内での役割の喪失等の様々な要因が加わることにより、さらに生活機能が低下することが考えられます。これら更なる生活機能低下を引き起こしている要因があれば、具体的に記載してください。

投薬内容については、生活機能低下の直接の原因となっている傷病以外についても、介護上特に留意すべき薬剤や相互作用の可能性がある薬剤の投薬治療を受けている場合は、この欄に記入してください。(ただ単に投薬内容を羅列するのではなく、必ず服用しなければならない薬剤、頓服の必要な薬剤等を整理して記入するようにしてください。)

また、意識障害がある場合には、その状況についても具体的に記載してください。

2. 特別な医療

申請者が過去14日間に受けた12項目の医療のうち、看護職員等が行った診療補助行為(医師が同様の行為を診療行為として行った場合を含む)について該当する口にレ印をつけてください。

「医師でなければ行えない行為」、「家族／本人が行える類似の行為」は含まれないので注意して下さい。

なお、この項目は、訪問調査においても、調査員によるチェックの対象となっていますが、訪問調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、主治医意見書においても記入をお願いするものです。

なお、12項目以外の医師が行った治療行為は含まれない点に留意してください。

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度について

現状から考えられる障害高齢者の日常生活自立度および認知症高齢者の日常生活自立度について、以下の判定基準を参考にして、該当する□にレ印をつけてください。

遷延性の意識障害等で、認知症高齢者の日常生活自立度が判断不能である場合は、□Mにレ印をつけ、「1.(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」の欄に具体的な内容を記入して下さい。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

(平成3年11月18日 老健第102-2号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知を改訂)

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。 具体的なサービスの例としては、家族等への指導を含む訪問指導や健康相談がある。また、本人の友人づくり、生きがいくくり等心身の活動の機会づくりにも留意する。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。 具体的なサービスの例としては、訪問指導による療養方法等の指導、訪問リハビリテーション、デイケア等を利用したりリハビリテーション、毎日通所型をはじめとしたデイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービス等がある。
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる。	たばこ道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
II b	家庭内でも上記 II の状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来すような行動や意思疎通の困難さがランク II より重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた在宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。 具体的なサービスの例としては、訪問指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイケア・デイサービス、症状・行動が出現する時間帯を考慮したナイトケア等を含むショートステイ等の在宅サービスがあり、これらを組み合わせて利用する。
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ	
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランク III と同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等	ランク I ～ IV と判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

(平成 5 年 10 月 26 日 老健第 135 号 厚生省老人保健福祉局長通知を改訂)

(2) 認知症の中核症状

申請者に認められる認知症の中核症状の有無について、以下に記載されている判定基準に基づき、該当する□にレ印をつけてください。なお、認知症の中核症状として列挙していますが、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する□にレ印をつけてください。

短期記憶

例えば、身近にある3つのものを見せて、一旦それをしまい、5分後に聞いてみる等の方法を用いて、申請者および医師がともに一時的には記憶に残るような直前のことについて覚えているか否かを評価します。

記憶に問題がない場合には「□問題なし」に、覚えていないような場合には「□問題あり」にレ印をつけてください。

日常の意思決定を行うための認知能力

申請者の毎日の日課における判断能力を評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。

自立	日常生活において首尾一貫した判断ができる。毎日すべきことに対して予定を立てたり、状況を判断できる。
いくらか困難	日々繰り返される日課については判断できるが、新しい課題や状況に直面した時にのみ判断に多少の困難がある。
見守りが必要	判断力が低下し、毎日の日課をこなすためにも合図や見守りが必要になる。
判断できない	ほとんどまたは全く判断しないか、判断する能力が著しく低い。

自分の意思の伝達能力

本人が要求や意思、緊急の問題等を表現したり伝えたりする能力を評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。会話に限らず、筆談・手話あるいはその組合せで表現される内容で評価しても差し支えありません。

伝えられる	自分の考えを容易に表現し、相手に理解させることができる。
いくらか困難	適当な言葉を選んだり、考えをまとめるのに多少の困難があるため、応対に時間がかかる。自分の意思を理解させるのに、多少、相手の促しを要することもある。
具体的要求に限られる	時々では自分の意思を伝えることができるが、基本的な要求（飲食、睡眠、トイレ等）に限られる。
伝えられない	ほとんど伝えられない、または、限られた者にのみ理解できるサイン（本人固有の音声あるいはジェスチャー）でしか自分の要求を伝えることができない。

（3）認知症の周辺症状

申請者に認められる認知症の周辺症状の有無について、該当する□にレ印をつけてください。有の場合は、以下の定義を参考にして、該当する□にレ印をつけてください。複数の状態が認められる場合は、該当する□のすべてにレ印をつけてください。その他に該当する場合には、認められる具体的な状態について（ ）内に記入してください。

なお、認知症の周辺症状として列挙していますが、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する□にレ印をつけてください。

幻視・幻聴	幻視とは、視覚に関する幻覚。外界に実在しないのに、物体、動物、人の顔や姿等が見えること。 幻聴とは、聴覚領域の幻覚の一種。実際には何も聞こえないのに、音や声が聞こえると感じるもの。
妄想	病的状態から生じた判断の誤りで、実際にはあり得ない不合理な内容を、正常を超えた訂正不能な主観的確信をもって信じていること。これに対し、訂正可能である場合は錯覚という。
昼夜逆転	夜間不眠の状態が何日間か続いたり、明らかに昼夜が逆転し、日常生活に支障が生じている状態。
暴言	発語的暴力をいう。
暴行	物理的暴力をいう。
介護への抵抗	介護者の助言や介護に抵抗し、介護に支障がある状態。単に助言に従わない場合は含まない。
徘徊	客観的には、目的も当てもなく歩き回る状態。認知症だけでなく心因性の葛藤からの逃避的行為やその他急性精神病等でもみられる。
火の不始末	たばこの火、ガスコンロ等あらゆる火の始末や火元の管理ができない状態。
不潔行為	排泄物を弄んだり撒き散らす場合等をいう。体が清潔でないことは含まれない。
異食行動	食欲異常の一種。正常では忌避するような物体、味に対して特に異常な食欲や嗜好を示すこと。
性的問題行動	周囲が迷惑している行為と判断される性的な問題行動。

（４）その他の精神・神経症状

認知症以外の精神・神経症状があれば、「□有」にレ印をつけ、その症状名を記入してください。有の場合、専門医を受診している場合は「□有」にレ印をつけ、（ ）内に受診の科名を記入してください。

また、申請者の状態から判断して、以下に挙げる定義の中からあてはまるものがあれば、症状名に記入してください。

失語	正常な言語機能をいったん獲得した後、多くは大脳半球の限定された器質的病変により、言語（口頭言語と文字言語の両方）表象の理解・表出に障害をきたした状態。
構音障害	俗に“ろれつが回らない”という状態。構音器官（咽頭、軟口蓋、舌、口唇等）の麻痺による麻痺性構音障害と、筋相互の間の協調運動障害による協調運動障害性構音障害とがある。後者は運動失調によるものと、錐体外路性運動障害によるものがある。
せん妄	意識変容の一つ。軽度ないし中等度の意識混濁に妄想、錯覚、偽幻覚、幻覚、不安・恐怖、精神運動性の興奮を伴う。夜間に起こりやすい（夜間せん妄）。
傾眠傾向	意識の清明性の障害。意識混濁は軽度で、反復して強い刺激を与えればやや覚醒状態に回復するが、放置すればただちに入眠してしまうような状態。
失見当識	見当識の機能が失われた状態。多くの場合、意識障害がある際にみられる（意識障害性）ため、意識障害の有無をみる必要がある。その他、認知症等で記憶力障害のある場合（健忘性）、妄想によって周囲を正しく判断していない場合（妄想性）等にも認められる。
失認	局在性の大脳病変によって起こる後天性の知覚と認知の障害で、ある感覚を介する対象認知が障害されているが、その感覚自体の異常、また、知能低下、意識障害等に原因するとはいえず、また他の感覚を介すれば対象を正しく認知できるもの。視覚失認および視空間失認、聴覚失認、触覚失認、身体失認等に大別される。
失行	随意的、合目的、象徴的な熟練を要する運動行為を行うことができない状態で、麻痺、運動失調等の要素的運動障害、また失語、失認、精神症状等で説明できないもの。局在性の大脳病変で起こる後天性の行為障害。

(5) 身体の状態

利き腕

利き腕について、該当する方の口にレ印をつけてください。

身長・体重

体重及び身長について、おおよその数値を記入してください。また、過去6ヶ月程度における体重の変化について、3%程度の増減を目途に、該当する口にレ印をつけてください。

麻痺・褥瘡等

麻痺・褥瘡等の状態について、該当するものがあれば口にレ印をつけてください。介護の手間や生活機能を評価する観点から部位の記載が必要なものについては具体的に記入してください。程度については、麻痺・褥瘡等の状態が介護にどの程度影響するのかという観点から、あてはまる程度の口にレ印をつけてください。なお、麻痺については、訪問調査においても、同様の項目がありますが、訪問調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、日常生活に影響があるかどうかで判断することとしており、主治医意見書では、医学的観点からの麻痺の有無の記入をお願いするものです。

四肢欠損	腕、肢、指等について、欠損が生じている状態。
麻痺	主に神経系の異常によって起こった筋力低下あるいは随意運動の障害。
筋力の低下	麻痺以外の原因による随意運動に支障のある筋力の低下。
関節の拘縮	関節及び皮膚、筋肉等の関節構成体以外の軟部組織の変化によって生じる関節の可動域制限。
関節の痛み	日常生活に支障をきたす程度の関節の痛みがある状態
失調	運動の円滑な遂行には多くの筋肉の協調が必要であるが、その協調が失われた状態。個々の筋肉の力は正常でありながら運動が稚拙であることが特徴である。
不随意運動	意志や反射によらずに出現する、目的に添わない運動。多くは錐体外路系の病変によって生じる。
褥瘡	廃用症候群の代表的な症状。持続的圧迫およびずれ応力による局所の循環障害によって生じる阻血性壊死。
その他皮膚疾患	褥瘡以外で身体介助、入浴等に支障のある皮膚疾患がある状態。

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行

日常生活での屋外歩行の状態について、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する口にレ印をつけて下さい。

自立	自分だけで屋外を歩いている状態。歩行補助具や装具・義足を用いている場合も含みます。外出するようには促しが必要でも、屋外は一人で歩いている場合も含みます。
介護があればしている	介護者と一緒に屋外を歩いている状態。直接介助されている場合だけでなく、そばで見守っている場合も含みます。
していない	屋外歩行をしていない状態。 歩こうとすれば歩けるが実際は歩いていない場合や、訓練の時だけ屋外歩行をしている場合を含みます。また車いすで屋外を移動している場合等を含みます。

車いすの使用

車いす（電動車いすも含む）を用いていることがある場合に、主に誰が操作（駆動）しているかについて、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する口にレ印をつけて下さい。車椅子を常時使っている場合だけでなく、例えば外出時だけの使用や、病院や通所施設等だけで使用している場合も含みます。

用いていない	全く使用していない状態
主に自分で操作	車いすを用いることがあり、その場合は主に自分だけで操作（駆動）している状態。 主に室内での状態で判断し、例えば室内は自分だけでこいでいるが、屋外は後ろから押してもらっている場合なども含みます。
主に他人が操作	車いすを用いていることがあり、その場合は主に他人に操作（押してもらう等）してもらっている状態。操作時に見守りを必要とする場合を含みます。

歩行補助具・装具の使用

日常生活での室内歩行や屋外歩行で、歩行補助具（杖等）や装具を用いている状態について、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する口にレ印をつけて下さい。屋内、屋外両方で使用している場合は両方の口にレ印をつけて下さい。

どちらか一方だけの使用の場合も含みますが、義足（切断の時に用いる）の使用は含めません。

使用していない	日常生活では、歩行補助具も装具も全く使用していない状態。訓練歩行の時だけは使っている場合も含みます。
屋外で使用	日頃の屋外歩行の時に使用している状態。例えば遠出の時だけの使用のように、時々使用している場合も含みます。

室内で使用	日頃の室内歩行のときに使用している状態。例えば家事の時だけの使用のように、特定の生活行為を行う時のみ使用している場合も含みます。
-------	--

(2) 栄養・食生活

高齢者に多くみられる栄養問題は、慢性的なエネルギー、たんぱく質の補給不足、あるいは疾患によってエネルギー、たんぱく質の欠乏した状態（以下「低栄養」という）です。要介護高齢者の「低栄養」は、内臓たんぱく質及び筋たんぱく質の低下をきたし、身体機能及び生活機能の低下をはじめ、感染症、褥瘡などの誘発に関わります。そこで、要介護状態の改善及び重度化の予防の観点から、「低栄養」に関連する要因として考えられる食事行為、総合的な栄養状態（「低栄養」）を評価します。医学的観点から栄養・食生活上の留意点を認める場合には具体的な内容を記載してください。

食事行為

日常生活行為のうち食事について、どの程度、どのように自分で行っているかを評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。

自立ないし何とか自分で食べられる	自分一人で、ないし、見守り・励まし、身体的援助によって、自分で食べることができる。
全面介助	他の者の全面的な介助が必要である。

現在の栄養状態

現在の栄養状態を評価します。以下の各選択項目の状態にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。また、医学的観点から、改善に向けた留意点について、（ ）内に記入してください。

良好	①過去6ヶ月程度の体重の維持（概ね3%未満）、②BMI（体重(kg)/身長 ² (m ²)) 18.5以上、③血清アルブミン値が明らかである場合には、3.5g/dlを上回る、の3項目全てが該当する状態。 上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量、食欲、顔色や全身状態（浮腫、脱水、褥瘡などがない状態）から総合的に栄養状態が良いと判断される状態。
不良	①過去6ヶ月程度の体重の減少（概ね3%以上）、②BMI（体重(kg)/身長 ² (m ²)) 18.5未満、③血清アルブミン値がある場合には、3.5g/dl以下、の3項目のうち1つでも該当する状態。 上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量、食欲、顔色や全身状態（浮腫、脱水、褥瘡などがある状態）から総合的に栄養が不良と判断される状態。

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性が高い状態とその対処方針

日常の申請者の状態を勘案して、現在あるかまたは今後概ね6ヶ月以内に発生する可能性が高い状態があれば、該当する口にレ印をつけてください。また、具体的な状態とその際の対処方針（緊急時の対応を含む）について要点を記入してください。

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

現在の状態から、概ね3ヶ月から6ヶ月間、申請者が介護保険によるサービス（予防給付によるサービスを含む）やその他の高齢者に対するサービスを利用した場合の、生活機能の維持・改善の見通しについて、該当する口にレ印をつけてください。

傷病の症状としての見通しではなく、生活機能の維持・改善がどの程度期待できるか、という観点であることに留意してください。

(5) 医学的管理の必要性

医学的観点から、申請者が利用する必要があると考えられる医療系サービスについて、以下の各サービスの内容を参考に、該当するサービスの口にレ印をつけてください。各サービスについては、予防給付で提供されるサービスも含まれます。

訪問歯科診療及び訪問歯科衛生指導については、口腔内の状態像（例えば、歯の崩壊や喪失状態、歯の動揺や歯肉からの出血の有無、義歯の不適合等）をもとに、口腔ケアの必要性に応じて該当する口にレ印をつけてください。

また、特に必要性が高いと判断されるサービスについては、項目に下線を引いてください。

なお、本項目の記入は、ここに記入されているサービスについての指示書に代わるものではありませんのでご注意ください。

訪問診療	通院することが困難な患者に対して、医師等が計画的に訪問して行う診療や居宅療養指導等。
訪問看護	訪問看護ステーション及び医療機関からの訪問看護等、保健師、看護師、准看護師が訪問して看護を行うことをいう。 なお、市町村の保健婦等が市町村の老人保健事業の訪問指導として訪問して指導する行為は含まない。
訪問リハビリテーション	病院、診療所及び訪問看護ステーションの理学療法士等が訪問して行うリハビリテーションをいう。なお、市町村の理学療法士、作業療法士あるいは言語療法士等が市町村の老人保健事業の訪問指導として訪問して指導する行為は含まない。
通所リハビリテーション	病院、診療所（医院）、老人保健施設が提供するリハビリテーションをいう。なお、病院、診療所（医院）の外来でリハビリテーションを診療行為として受けた場合、保健所、市町村保健センターで老人保健法上の機能訓練を受けた場合はこれに含めない。
短期入所療養介護	介護老人保健施設、療養病床等に短期間入所させ、当該施設において、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療及び日常生活上の世話を行うものをいう。

訪問歯科診療	居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して、患者の求めに応じ訪問して歯科診療を行った場合又は、当該歯科診療に基づき継続的な歯科治療が認められた患者に対してその同意を得て訪問して歯科診療を行うものをいう。
訪問歯科衛生指導	訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師または准看護師が訪問して療養上必要な指導として、患者の口腔内での清掃等に係わる指導を行うものをいう。
訪問薬剤管理指導	医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行うものをいう。
訪問栄養食事指導	医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって実技指導を行うものをいう。
その他の医療系サービス	上記以外の医学的管理をいう。市町村の老人保健事業としての訪問指導、機能訓練、保健所が実施する保健指導、入院、短期入所（老人保健施設・診療所）等が必要とされる場合にその種類とともに記入する。

（６）サービス提供時における医学的観点からの留意事項

申請者がサービスを利用するにあたって、医学的観点から、特に留意する点があれば、「□あり」にレ印をつけ、サービスを提供する上で不安感を助長させないよう、（ ）内に具体的な留意事項を記載してください。また、血圧・嚥下等以外に医学的観点からの留意事項があれば、「その他」の（ ）内に具体的な留意事項を記載してください。

血圧

血圧管理について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。また、どの程度の運動負荷なら可能なのかという点等についても記入してください。

嚥下

嚥下運動機能（舌によって食塊を咽頭に移動する随意運動、食塊を咽頭から食道へ送るまでの反射運動、蠕動運動により食塊を胃に輸送する食道の反射運動）の障害について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

摂食

摂食について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

移動

移動（歩行に限らず、居室とトイレの移動や、ベッドと車椅子、車椅子と便座等への移乗等も含める）について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

運動

運動負荷を伴うサービスの提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。特に運動負荷を伴うサービス提供について、医学的観点からリスクが高いと判断される場合には、その状態を具体的に記載してください。

その他

その他、医学的観点からの留意事項があれば、() 内に具体的に記載してください。

(7) 感染症の有無

サービスの提供時に、二次感染を防ぐ観点から留意すべき感染症の有無について、該当する口にレ印をつけてください。有の場合には、具体的な症病名・症状等を() 内に記入してください。

5. 特記すべき事項

申請者の主治医として、要介護認定の審査判定上および介護保険によるサービスを受ける上で、重要と考えられる事項があれば、要点を記入してください。特に、他の項目で記入しきれなかったことや選択式では表現できないことを簡潔に記入してください。

また、専門医に意見を求めた場合にはその結果、内容を簡潔に記入してください。情報提供書や身体障害者申請診断書等の写しを添付していただいても構いません。なお、その場合は情報提供者の了解をとるようにしてください。

主治医意見書様式の見直しについて

(1)見直しの基本的な考え方

- 新予防給付の対象者の選定は、介護認定審査会において、高齢者の状態の維持・改善可能性に着目して行う。審査判定においては、主治医意見書は審査資料となるため、特に生活機能低下の状況及び原因について医学的観点からの記載が可能となるよう、様式の見直しを行うこととしている。
- なお、主治医意見書の様式や記載方法等については、専門家による検討を行い、以下のような提案がなされたところである。

(2)各項目の考え方について

見直し後の様式については、別紙を参照。

○ 主治医意見書の利用に係る同意

- ・ 主治医意見書を介護サービス計画に利用することについて、同意の主体を明確にするため、「主治医として」という表現を追加した。

○ 「1. 傷病に関する意見」

- ・ 「(1)診断名」、現行の「(4)障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容」については、特定疾病や生活機能低下の原因となった傷病が記入可能となるよう、「障害」を「生活機能低下」と改めるとともに、生活機能低下の直接の原因となっている傷病名と最近(概ね6ヶ月以内)に介護に影響があったものが記載できるようにした。
- ・ 現行の「(2)症状としての安定性」については、特に「不安定」を選択した際に具体的な状況が明らかとなるよう、自由記載欄を追加した。
- ・ 現行の「(3)介護の必要の程度に関する予後の見通し」については、生活機能やサービスの提供状況を踏まえた判断が可能となるよう、項目を「4. 生活機能とサービスに関する意見」に移動した。

○ 「2. 特別な医療(過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)」

- ・ 変更なし

○「3. 心身の状態に関する意見」

- ・「(1)日常生活の自立度等について」の「障害老人の日常生活自立度」及び「痴呆性老人の日常生活自立度」の用語については「障害高齢者の日常生活自立度」及び「認知症高齢者の日常生活自立度」とした。
- ・認知症に係る項目については、理解及び記憶、問題行動等を認知症に係る一体的な症状としてとらえ、評価できるよう項目を「認知症の中核症状」、「周辺症状」、「その他の精神・神経症状」に変更した。また、認知症以外の疾患で同様の症状が見られた場合にも選択できるよう、記載を追加した。
- ・「(5)身体の状態」については、人体図を削除し、より簡潔に記載可能とした。
- ・生活機能との関連性が高いと専門家から指摘をうけている、下肢の運動機能、栄養状態について、より適切に評価できるよう、身体の状態についても体重の増減、関節の痛みの項目を追加した。

○「4. 生活機能とサービスに関する意見」

- ・生活機能低下の状況及び原因に着目した記載が得られるよう、項目名を「介護に関する意見」から「生活機能とサービスに関する意見」とした。
- ・生活機能と関連性が高いと専門家から指摘を受けている下肢の運動機能、栄養状態について評価可能となるよう、「(1)移動」、「(2)栄養・食生活」の項目を追加した。
- ・「(3)現在あるかまたは今後発生の高い状態とその対処方針」については、生活機能低下の要因として指摘されている事項を追加した。
- ・「(4)介護の必要の程度に関する予後の見通し」については、生活機能やサービスの提供状況を踏まえた判断が可能となるよう、項目を「4. 生活機能とサービスに関する意見」に移動し、項目を「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」に変更した。
- ・「(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項」については、「運動」の項目を追加した。

○「5. 特記すべき事項」

- ・要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な事項の記載を広く求めるため、項目名の「その他特記すべき事項」を「特記すべき事項」とした。

(参考)モデル事業(第一次)からの主治医意見書様式、手引きの変更について

- 要介護認定モデル事業については、平成17年6月下旬から7月にかけて、47都道府県、65市区町村を対象にモデル事業(第一次)を実施したところであるが、モデル事業(第一次)の一次判定および二次判定結果、アンケート調査に記載された意見等を踏まえ、主治医意見書様式、手引きについて以下のとおりの変更を行った。

1. 傷病に関する意見

- ・ 「(2)症状としての安定性」について、「不安定」を選択した際の具体的な状況を記載できるよう、様式に記載欄を追加した。また、「不安定」、「安定」、「不明」の各項目を選択する際の考え方を手引きに追加した。

2. 特別な医療

- ・ 変更なし

3. 心身の状態に関する意見

- ・ 「(3)認知症の周辺症状」、「(4)その他の精神・神経症状」、「(5)心身の状態」について、選択項目の位置を変更した。
- ・ 「(2)認知症の中核症状」、「(3)認知症の周辺症状」について、認知症以外の疾患で同様の症状を認める際にも項目を選択できるよう、様式、手引きに記載を追加した。
- ・ 「(5)心身の状態」について、特に「麻痺」の項目の考え方について手引きに記載を追加した。

4. 生活機能とサービスに関する意見

- ・ 「(2)栄養・食生活」について、項目を見直し、「食事行為」、「現在の栄養状態」の2項目とした。また、自由記載欄について、「改善に向けた留意点」を「栄養・食生活上の留意点」とした。

- ・ 「(4)介護の必要の程度に関する予後の見通し」について、介護保険サービスやその他の高齢者に対するサービスの利用による生活機能の変化の見込みを選択できるよう、項目を「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」とした。また、選択肢も変更した。
- ・ 「(4)介護の必要の程度に関する予後の見通し」のうち、「改善への寄与が期待できるサービス」については、記載にあたっての考え方にばらつきが大きく、記載欄を削除した。
- ・ 「(5)医学的管理の必要性」について、必要な医療系サービスを記載できるよう、「その他」の項目を「その他の医療系サービス」とした。
- ・ 「(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項」の「運動」については、運動時のリスクの高い者について詳細な記載が得られるよう、手引きに記載を追加した。
- ・ 「(7)感染症の有無」について、選択項目の位置を変更した。

5. 特記すべき事項

- ・ 変更なし

改訂版

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。 医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 電話 () _____ 医療機関所在地 _____ FAX () _____			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合) → ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名) については 1. に記入) 及び発症年月日				
1.	発症年月日	(昭和・平成	年	月 日頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成	年	月 日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成	年	月 日頃)
(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明				
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)				
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近 (概ね6ヶ月以内) 介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入]				

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置	☐ 酸素療法
	☐ レスピレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の看護	☐ 経管栄養	
特別な対応	☐ モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置				
失禁への対応	☐ カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	☐ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
☐ 無 ☐ 有	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()
(4) その他の精神・神経症状	
☐ 無 ☐ 有	[症状名: 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無]

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 □ 増加 □ 維持 □ 減少)

□四肢欠損 (部位:)

□麻痺

□右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)

□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)

□その他 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□筋力の低下 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない

車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助

現在の栄養状態 □良好 □不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の高い状態とその対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 ()

→ 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる □期待できない □不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

□訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導

□訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導

□通所リハビリテーション □その他の医療系サービス ()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 □特になし □あり () ・移動 □特になし □あり ()

・摂食 □特になし □あり () ・運動 □特になし □あり ()

・嚥下 □特になし □あり () ・その他 ()

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 □有 () □不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

現 行

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申 請 者	(ふりがな)	男・女	〒 ー
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。			
医師氏名			
医療機関名		電話 ()	
医療機関所在地		FAX ()	
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合) → ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日			
1.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明			
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し ☐ 改善 ☐ 不変 ☐ 悪化			
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に変化のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置	☐ 酸素療法
	☐ レスピレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の看護	☐ 経管栄養	
特別な対応	☐ モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置				
失禁への対応	☐ カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・痴呆性老人の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2) 理解および記憶	
・短期記憶	☐ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない
・食事	☐ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助

(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)

☐有 ☐無

(有の場合) → ☐幻視・幻聴 ☐妄想 ☐昼夜逆転 ☐暴言 ☐暴行 ☐介護への抵抗 ☐徘徊
☐火の不始末 ☐不潔行為 ☐異食行動 ☐性的問題行動 ☐その他 ()

(4) 精神・神経症状の有無

☐有 (症状名) ☐無

(有の場合) → 専門医受診の有無 ☐有 () ☐無

(5) 身体の状態

利き腕 (☐右 ☐左) 体重 = kg 身長 = cm

☐四肢欠損 (部位: 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

☐麻痺 (部位: 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

☐筋力の低下 (部位: 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

☐褥瘡 (部位: 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

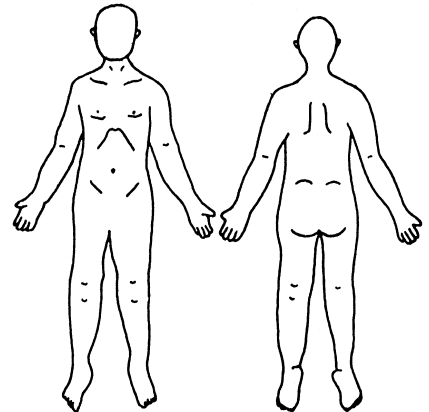
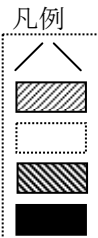
☐その他皮膚疾患 (部位: 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

☐関節の拘縮 ・肩関節 ☐右 ☐左 ・股関節 ☐右 ☐左

・肘関節 ☐右 ☐左 ・膝関節 ☐右 ☐左

☐失調・不随意運動・上肢 ☐右 ☐左 ・体幹 ☐右 ☐左

・下肢 ☐右 ☐左



4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

☐尿失禁 ☐転倒・骨折 ☐徘徊 ☐褥瘡 ☐嚥下性肺炎 ☐腸閉塞 ☐易感染性
☐心肺機能の低下 ☐痛み ☐脱水 ☐その他 ()
→ 対処方針 ()

(2) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい)

☐訪問診療 ☐短期入所療養介護 ☐訪問栄養食事指導
☐訪問看護 ☐訪問歯科診療 ☐その他 ()
☐訪問リハビリテーション ☐訪問歯科衛生指導
☐通所リハビリテーション ☐訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス (入浴サービス、訪問介護等) における医学的観点からの留意事項

・血圧について ☐特になし ☐あり ()
・嚥下について ☐特になし ☐あり ()
・摂食について ☐特になし ☐あり ()
・移動について ☐特になし ☐あり ()
・その他 ()

(4) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

☐有 () ☐無 ☐不明

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

平成１７年度要介護認定モデル事業 (第二次)

介 護 認 定 審 査 会 の 手 引 き (状態の維持・改善可能性の評価に係る審査)

厚 生 労 働 省
平成 １ ７ 年 １ ０ 月

目 次

I. 介護保険制度見直しの概要

- 1. 新予防給付について 1
- 2. 新予防給付対象者選定の考え方 2

II. 認定調査項目と主治医意見書の見直しについて

- 1. 認定調査項目の見直しについて 5
- 2. 主治医意見書の見直しについて 6

III. 審査判定の流れ

- 1. 基本的な考え方 10
- 2. 介護認定審査会の運営 12
- 3. 介護認定審査会における状態の維持・改善可能性に係る
審査判定 12

IV. 介護認定審査会資料について

- 1. 認知機能・廃用の程度の評価結果の概要 18
- 2. コンピュータによる給付区分の提示について 22

I 介護保険制度見直しの概要

1. 新予防給付について

- 疾病や廃用による下肢機能等の低下、活動や参加を阻害する生活環境等を誘因として生活機能が低下している者に対して、比較的軽度の要介護状態のときに活動や参加に主眼を置いた適切なサービスを提供することにより、要介護状態の改善又は悪化の予防を図ることが介護予防の基本です。
- 「介護保険法等の一部を改正する法律」が平成 17 年の通常国会で可決成立し、介護保険法の基本理念である「自立支援」をより徹底する観点から、介護保険制度を予防重視型のシステムに転換し、①要支援状態、要介護状態となることの予防や、②要介護状態等の軽減又は悪化の防止（以下、「介護予防」という。）につながるサービスの提供が検討されています。
- この中では、現行の要支援、要介護 1 といった軽度者に対する保険給付について、現行の「予防給付」の対象者の範囲、サービス内容、ケアマネジメント体制を見直した「新予防給付」が創設されることとなりました。
- 新予防給付においては、次ページの表に記載されているとおり、介護予防を目的とした 16 のサービスを提供することとしています。
- 新予防給付のサービス提供に当たっては、利用者の状態像の特性を踏まえ、「本人のできることはできる限り本人が行う」ことを基本としつつ、
 - ①生活機能の低下の危険性を早期に発見し、短期集中的な対応を行うこと
 - ②サービス提供は必要ときに比較的短期間に限定して計画的に行うこと
 - ③利用者の個別性を重視した効果的なプログラムを用意すること
 - ④改善後の状態維持に努めることが重要であると考えており、要介護認定のほか、ケアマネジメントやサービス提供のあり方についても現在検討されています。

現行の予防給付の対象サービス

○居宅サービス
訪問介護
訪問入浴介護
訪問看護
訪問リハビリテーション
居宅療養管理指導
通所介護
通所リハビリテーション
短期入所生活介護
短期入所療養介護
特定施設入居者生活介護
福祉用具貸与

○居宅介護支援

改正後の予防給付の対象サービス

○介護予防サービス
介護予防訪問介護
介護予防訪問入浴介護
介護予防訪問看護
介護予防訪問リハビリテーション
介護予防居宅療養管理指導
介護予防通所介護
介護予防通所リハビリテーション
介護予防短期入所生活介護
介護予防短期入所療養介護
介護予防特定施設入居者生活介護
介護予防福祉用具貸与
特定介護予防福祉用具販売

○地域密着型介護予防サービス
介護予防認知症対応型通所介護
介護予防小規模多機能型居宅介護
介護予防認知症対応型共同生活介護

○介護予防支援

※介護予防サービスのうち、主として通所系サービスでは、新たに「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」について、そのサービス要素として導入することが検討されています。

2. 新予防給付対象者選定の考え方

○ 新予防給付対象者は、適切な介護予防サービスにより要介護状態の維持又は改善の可能性が高い群として考えることが基本と考えますが、現時点では、新たな介護予防サービスの提供による要介護状態の変化に関する系統的なデータの蓄積・分析は途上であり、これらのデータに立脚し当該対象者選定のための指標等を構築することは困難な状況です。

- 一方で、新予防給付対象者は適切な介護予防サービスの利用により、自立支援の観点から生活機能の向上がより期待される群、即ちいわゆる「廃用症候群」（「生活不活発病」という表現も一部で用いられている）の状態にあるものとして捉えることができ、軽度の要介護者のうちこれらに相当するものを、当面新予防給付の対象と考えることとします。
- このため、原則として、現行の要介護認定において要介護状態区分が「要支援」と判定されたもの、または「要介護1相当」と判定されたもののうち、「廃用症候群」に該当しない状態像を有するものを中心に新予防給付の適切な利用が見込まれないものを除外するという手法により、対象者の選定を行うこととしました。
- 新予防給付の適切な利用が見込まれない状態像は、以下のように考えられます。

① 疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態

- 脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期で、心身の状態が不安定であり、医療系サービス等の利用を優先すべきもの
- 末期の悪性腫瘍や進行性疾患（神経難病等）により、急速に状態の不可逆的な悪化が見込まれるもの 等

- ・ 「心身の状態が安定していない状態」とは、罹患している傷病の日内変動の有無や予後予測の困難さに基づき判断するのではなく、疾病や外傷により短期間で心身の状態が変化することが予測され、それに伴い、要介護度の変化も短期間で生ずるおそれが高く、例えば、要介護認定の有効期間を原則より短く（概ね6か月程度）して、要介護状態等の再評価が必要な状態が該当します。
- ・ したがって、主治医意見書等に疾病や外傷の症状が不安定との記載があることのみをもって当該状態に該当するものではなく、又、短期間での要介護度の再評価が必要でない場合等も該当しません。

- ・ さらに、これらの状態の判断は、運動器の機能向上のためのサービスの可否といった、個別サービスの利用の適格性に着目して行うのではなく、心身の状態が短期間に変動し易いため特定の要介護状態区分への判定がかなり困難で、比較的短期間（概ね6か月程度）での再評価が必要とならざるを得ないような事例が該当します。
- ・ なお、個別サービスの適否の判断および、具体的なサービス計画の作成については、介護認定審査会で一律に行うものではなく、対象者の心身の状況に加え、家族の状況等の周辺環境を踏まえ、対象者の希望に基づき、ケアマネジメントにおいて実施することとなります。

② 認知機能や思考・感情等の障害により、十分な説明を行ってもなお、新予防給付の利用に係る適切な理解が困難である状態

- 「認知症高齢者の日常生活自立度」が概ねⅡ以上の者であって、一定の介護が必要な程度の認知症があるもの。
- その他の精神神経疾患の症状の程度や病態により、新予防給付の利用に係る適切な理解が困難であると認められるもの

- ・ アルツハイマー病や血管性認知症といった病名のみから判断するのではなく、特記事項、主治医意見書の記載内容から「認知症高齢者の日常生活自立度」が概ねⅡ以上である者を対象とします。
- ・ 特定の認定調査項目の結果のみに着目し、その結果をもって判定するものではありません。特記事項、主治医意見書の記載内容から総合的に判定してください。
- ・ 認知症症状が一時的に現れている場合であっても、特記事項、主治医意見書の記載内容などから、適切な医学的管理により認知機能が改善すると判断される場合には、その状態に基づいて判定します。

Ⅱ 認定調査項目と主治医意見書の見直しについて

1. 認定調査項目の見直しについて

○ 新予防給付の対象者を選定するための認定調査方法等の見直しに当たっては、

- ・ 生活機能の観点を含めた「状態の維持・改善可能性」を把握することができる項目であること。
- ・ できる限り簡易に、「廃用症候群」の状態にある可能性があるこれらの対象者を抽出することができる項目であること。
- ・ 現行の認定調査項目と同様の項目である場合には、どのような内容を把握することを目的としているのかについて明確なものとし、できる限り特記事項への記載で対応すること
- ・ 個別のサービスの適不適やサービスによる効果をはかる項目ではないこと、

との観点から、「介護予防サービス評価研究委員会」において専門家による検討が行われました。

○ 上記の観点に基づいた認定調査項目の見直しの中で、活動の状況を調査する3項目（「日中の生活」、「外出頻度」、「家族・居住環境、社会参加の状況などの変化」）を追加するとともに、心身の状況については既存の79項目を活用することとし、特に活動性と関連の深い項目については、特記事項への記載内容の充実をはかることとされました。

<新たに追加する認定調査項目>

- ・「日中の生活」
- ・「外出頻度」
- ・「家族・居住環境、社会参加の状況などの変化」

<現行の認定調査項目において特記事項の記載の充実をはかるもの>

「歩行」、「移動」等の特記事項への記載を充実

2. 主治医意見書の見直しについて

- 認定調査項目の見直しと同様に主治医意見書についても、生活機能低下の状況及び原因について医学的観点からの記載が可能となるよう、様式の見直しを行いました。
- 具体的な変更点は以下のとおりです。

主治医意見書の利用に係る同意

- ・ 主治医意見書を介護サービス計画に利用することについて、同意の主体を明確にするため、「主治医として」という表現を追加しました。

「1. 傷病に関する意見」

- ・ 「(1) 診断名」、現行の「(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容」については、特定疾病や生活機能低下の原因となった傷病が記入可能となるよう、「障害」を「生活機能低下」と改めるとともに、生活機能低下の直接の原因となっている傷病名と最近（概ね6ヶ月以内）に介護に影響があったものが記載できるようになりました。
- ・ 現行の「(2) 症状としての安定性」については、特に「不安定」を選択した際に具体的な状況が明らかとなるよう、自由記載欄を追加しました。
- ・ 現行の「(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し」については、生活機能やサービスの提供状況を踏まえた判断が可能となるよう、項目を「4. 生活機能とサービスに関する意見」に移動しました。

「2. 特別な医療（過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック）」

- ・ 変更なし

「３．心身の状態に関する意見」

- ・「（１）日常生活の自立度等について」の「障害老人の日常生活自立度」及び「痴呆性老人の日常生活自立度」の用語については「障害高齢者の日常生活自立度」及び「認知症高齢者の日常生活自立度」としました。
- ・ 認知症に係る項目については、理解及び記憶、問題行動等を認知症に係る一体的な症状としてとらえ、評価できるよう項目を「認知症の中核症状」、「周辺症状」、「その他の精神・神経症状」に変更しました。また、認知症以外の疾患で同様の症状が見られた場合にも選択できるよう、記載を追加しました。
- ・「（５）身体の状態」については、人体図を削除し、より簡潔に記載可能としました。
- ・ 生活機能との関連性が高いと専門家から指摘をうけている、下肢の運動機能、栄養状態について、より適切に評価できるよう、身体の状態についても体重の増減、関節の痛みの項目を追加しました。

「４．生活機能とサービスに関する意見」

- ・ 生活機能低下の状況及び原因に着目した記載が得られるよう、項目を「介護に関する意見」から「生活機能とサービスに関する意見」としました。
- ・ 生活機能と関連性が高いと専門家から指摘を受けている下肢の運動機能、栄養状態について評価可能となるよう、「（１）移動」、「（２）栄養・食生活」の項目を追加しました。
- ・ 「（３）現在あるかまたは今後発生の高い状態とその対処方針」については、生活機能低下の要因として指摘されている事項を追加しました。
- ・ 「（４）介護の必要の程度に関する予後の見通し」については、生活機能やサービスの提供状況を踏まえた判断が可能となるよう、項目を「４．生活機能とサービスに関する意見」に移動し、項目を「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」に変更しました。

- ・「(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項」については、「運動」の項目を追加しました。

「5. 特記すべき事項」

- ・ 要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な事項の記載を広く求めるため、項目を「特記すべき事項」としました。

(参考)モデル事業(第一次)からの主治医意見書様式、手引きの変更について

- 要介護認定モデル事業については、平成17年6月下旬から7月にかけて、47都道府県、65市区町村を対象にモデル事業(第一次)を実施しましたが、モデル事業(第一次)の一次判定および二次判定結果、アンケート調査に記載された意見等を踏まえ、主治医意見書様式、手引きについて以下のとおりの変更を行いました。

1. 傷病に関する意見

- ・ 「(2) 症状としての安定性」について、「不安定」を選択した際の具体的な状況を記載できるよう、様式に記載欄を追加しました。また、「不安定」、「安定」、「不明」の各項目を選択する際の考え方を手引きに追加しました。

2. 特別な医療

- ・ 変更なし

3. 心身の状態に関する意見

- ・ 「(3) 認知症の周辺症状」、「(4) その他の精神・神経症状」、「(5) 心身の状態」について、選択項目の位置を変更しました。
- ・ 「(2) 認知症の中核症状」、「(3) 認知症の周辺症状」について、認知症以外の疾患で同様の症状を認める際にも項目を選択できるよう、手引きに記載を追加しました。

- ・ 「(5) 心身の状態」について、特に「麻痺」の項目の考え方について手引きに記載を追加しました。

4. 生活機能とサービスに関する意見

- ・ 「(2) 栄養・食生活」について、項目を見直し、「食事行為」、「現在の栄養状態」の2項目とした。また、自由記載欄について、「改善に向けた留意点」を「栄養・食生活上の留意点」としました。
- ・ 「(4) 介護の必要の程度に関する予後の見通し」について、介護保険サービスやその他の高齢者に対するサービスの利用による生活機能の変化の見込みを選択できるよう、「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」とした。また、選択肢も変更しました。
- ・ 「(4) 介護の必要の程度に関する予後の見通し」の「改善への寄与が期待できるサービス」については、記載にあたっての考え方にばらつきが大きく、項目を削除しました。
- ・ 「(5) 医学的管理の必要性」について、必要な医療系サービスを記載できるよう、「その他」の項目を「その他の医療系サービス」としました。
- ・ 「(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項」の「運動」については、運動時のリスクの高い者について詳細な記載が得られるよう、手引きに記載を追加しました。
- ・ 「(7) 感染症の有無」について、選択項目の位置を変更しました。

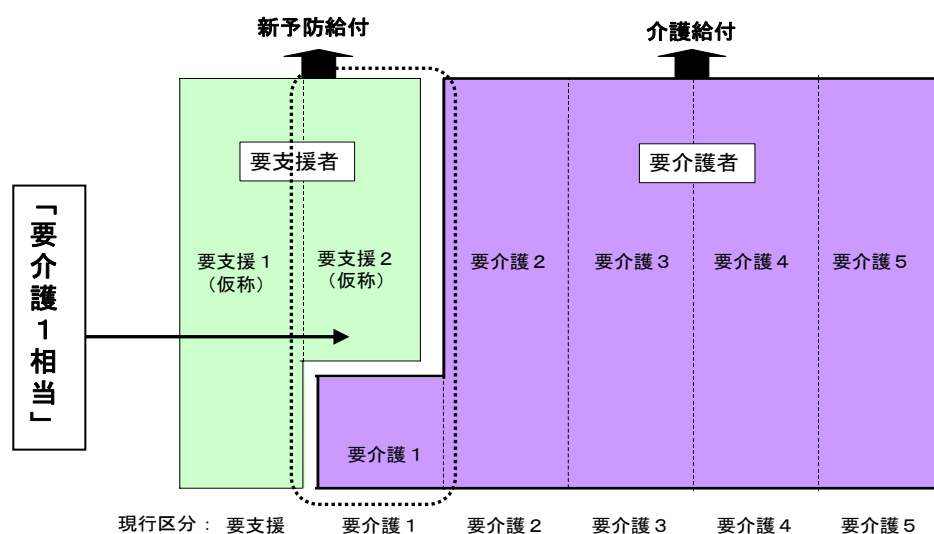
5. 特記すべき事項

- ・ 変更なし

Ⅲ. 審査判定の流れ

1. 基本的な考え方

- 二次判定の過程で現行の要介護1に該当（以下「要介護1相当」と言う。）すると判断されたものについて、「認知症高齢者の日常生活自立度」や「廃用の程度の評価に資する認定調査項目」等を用いて認定審査会において「要介護1」又は「要支援2」と審査判定することとします。



（図1）保険給付と要介護状態区分のイメージ

- また、認定審査会の審査判定を補助する目的でコンピュータを用いることとします。この場合において、
- ① 認定調査と主治医意見書により認知症自立度の評価が異なる場合のその蓋然性の提示
 - ② 認知症自立度が高い（自立またはⅠ）状態と評価される場合の認定調査結果（新規の3項目等）を用いた給付区分の提示

についてコンピュータを用いることとし、認定審査会資料に「参考指標」として表出することとします。（P11・図2）

○ 「認知症高齢者の日常生活自立度」において認定調査と主治医意見書の結果に不一致が見られた場合（P12・表1において △ で示した部分）には、「認知症自立度評価ロジック」（後述）を用いた認知症自立度の蓋然性の推計をコンピュータにより行うこととします。

（詳細はP23「2. コンピュータによる給付区分の提示について」＜参考1＞を参照）

○ なお、「認知症高齢者の日常生活自立度」において認定調査と主治医意見書の結果が「自立またはⅠ」で一致した場合、又は一致しない場合であって上記の推計において自立度が「自立またはⅠ」の蓋然性が高いと評価された場合は、「廃用の程度の評価に資する認定調査項目」の調査結果を加味した上で、給付区分の評価をコンピュータにより行うこととします。

（詳細はP25「2. コンピュータによる給付区分の提示について」＜参考2＞を参照）

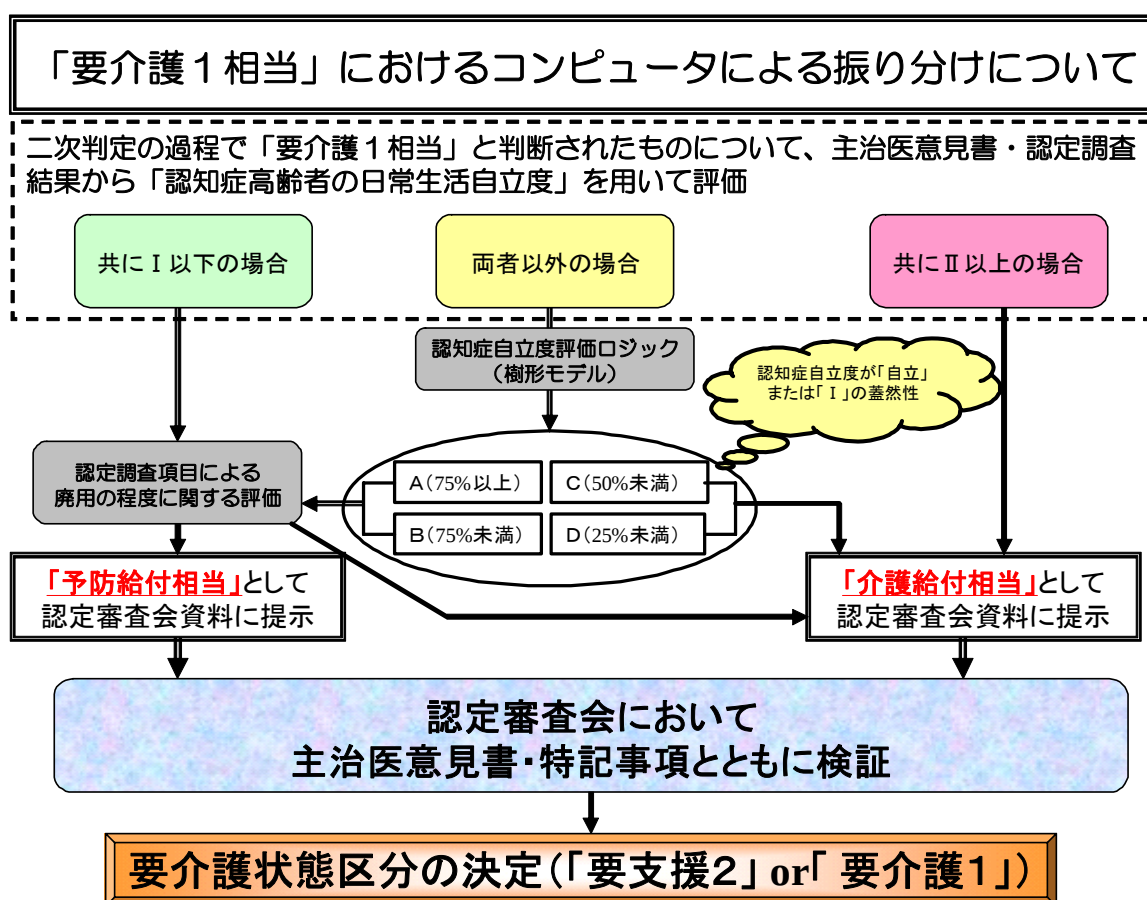


図2 認知症自立度を用いた評価の考え方

表1 認定調査と主治医意見書における認知症自立度の対応表

		認定調査における認知症自立度							
		自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
主治医 認知症 意見書 自立度 における	自立	○	○	△	△	△	△	△	△
	I	○	○	△	△	△	△	△	△
	II a	△	△	○	○	○	○	○	○
	II b	△	△	○	○	○	○	○	○
	III a	△	△	○	○	○	○	○	○
	III b	△	△	○	○	○	○	○	○
	IV	△	△	○	○	○	○	○	○
	M	△	△	○	○	○	○	○	○

- 「認知症高齢者の日常生活自立度」において認定調査と主治医意見書の結果が共に「自立またはⅠ」で一致し
- 「認知症高齢者の日常生活自立度」において認定調査と主治医意見書の結果が共に「ⅡからMまで」で一致し
→ コンピュータによる認知症自立度の提示は行わない。
- △ 「認知症高齢者の日常生活自立度」において認定調査と主治医意見書の結果が不一致の場合
→ コンピュータによる認知症自立度の提示を行う

(注) 一部地域における調査によると、このような自立度の不一致事例は「要介護1相当」のうち、約16%でした。

2. 介護認定審査会の運営

- 介護認定審査会の委員の構成、合議体の人数及び構成、認定審査会の議決等の運営方法については、現在の介護認定審査会の運営方法から変更しません。

3. 介護認定審査会における状態の維持・改善可能性に係る審査判定

- 介護の手間に係る現行の要介護認定の審査判定については、その考え方及び方法を変更しません。なお、介護認定審査会資料については、「5. 認知機能・廃用の程度の評価結果」の部分を追加します。(P18「IV. 介護認定審査会資料について」を参照)
- 二次判定の過程のうち、介護の手間に係る審査において「要介護1相当」と判定された者については、続いて主治医意見書、特記事項の記載内容をもとに状態の維持・改善可能性の評価を行います。

○ 審査判定の流れは以下のとおりとします。(P 16・図 3、P 17・図 4 参照)

◎ 状態の維持・改善可能性の評価、すなわち「要支援 2」及び「要介護 1」の給付区分の振り分けに係る審査判定に用いる資料は、

- ・ 主治医意見書
- ・ 特記事項（特に「歩行」「移動」に係る部分）
- ・ 介護認定審査会資料のうち、「5. 認知機能・廃用の程度の評価結果」の部分

とします。

<介護認定審査会資料における参考指標等の確認>

「5. 認知機能・廃用の程度の評価結果」の記載内容の確認

- i) 認定調査及び主治医意見書に記載されている「認知症高齢者の日常生活自立度」が、いずれも「自立またはⅠ」もしくは「Ⅱ以上Ⅲまで」の場合には、記載されている認知症自立度が一致していることを確認します。
- ii) 認定調査及び主治医意見書に記載されている認知症自立度が、一方が「自立もしくはⅠ」で、もう一方が「Ⅱ以上Ⅲまで」と、互いに異なる結果の場合には、「5. 認知機能・廃用の程度の評価結果」の『「認知症高齢者の日常生活自立度」の蓋然性評価』「A」から「D」のいずれか項に「○」印が提示されていることを確認します。
- iii) 「認定調査結果（廃用の程度に関する調査項目）に調査結果が記載され、「認知機能・廃用の程度から推定される給付区分」に該当すると考えられる給付区分に「レ」印が記載されていることを確認します。

<「認知機能・廃用の程度から推定される給付区分」の検証>

i) 認知症高齢者の日常生活自立度の確定

- 認定調査票および主治医意見書に記載された「認知症高齢者の日常生活自立度」について、特記事項や主治医意見書の記載を総合的に勘案し、認知症自立度を確定します。何らかの認知症の症状を有するが、日常生活はほぼ自立している場合は、「自立またはⅠ」とします。なお、認知症自立度の確定は、主治医意見書に記載された傷病名や特定の基本調査項目の結果のみに着目し、一律に判断するものではありません。
- 認知症症状が一時的に現れている場合であっても、特記事項、主治医意見書の記載内容などから、適切な医学的管理により認知機能が改善すると判断される場合には、その状態に基づいて判定します。
- 「Ⅱ以上Ⅲまで」と確定した場合は、原則として「要介護１」と判定します。ただし、認知症症状が現れている場合であっても、特記事項、主治医意見書の記載内容から、適切な医学的管理により認知機能の維持・改善が見込まれ、新予防給付の利用に係る適切な理解が可能と考えられる場合は「要支援２」と判定します。

ii) 推定給付区分の吟味

- 認知症自立度が「自立またはⅠ」とであるとされた場合は、続いて、介護認定審査会資料に提示されている「認知機能・廃用の程度から推定される給付区分」の結果について、吟味を行います

①「予防給付相当」と提示されている場合

→ 「状態の安定性」を吟味

- ・ 主治医意見書の「１．傷病に関する意見」のうち、「診断名」、「症状としての安定性」及び「傷病の経過」等の記載内容から検証し、脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患であっても急性増悪期で心身の状態が不安定であり、医療系サービス等の利用を優先すべきものや、末期の悪性腫瘍や進行性疾患（神経難病等）により、急速に状態の不可逆的な悪化が見込まれるもの等、「疾病や外傷等により

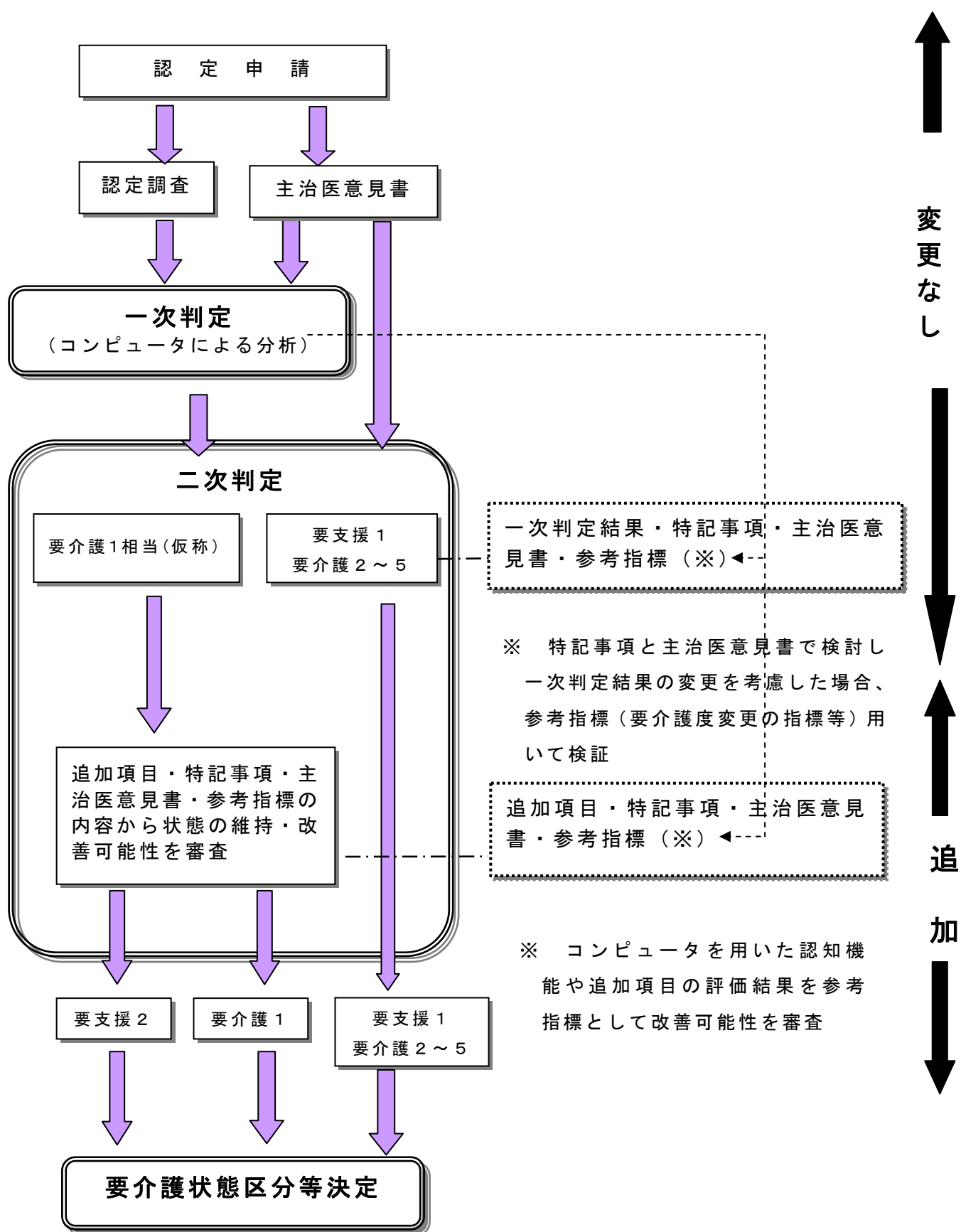
心身の状態が安定していない状態」に該当すると考えられる場合は、「要介護１」と判定します。

- ・ 「心身の状態が安定していない状態」とは、罹患している傷病の日内変動の有無や予後予測の困難さに基づき判断するのではなく、疾病や外傷により短期間で心身の状態が変化することが予測され、それに伴い、要介護度の変化も短期間で生ずるおそれが高く、例えば、要介護認定の有効期間を原則より短く（概ね６か月程度）して、要介護状態等の再認定が必要な状態が該当します。
- ・ したがって、主治医意見書等に疾病や外傷の症状が不安定との記載があることのみをもって当該状態に該当するものではなく、又、短期間での要介護度の再評価が必要でないと判断される場合等も該当しません。
- ・ さらに、これらの状態の判断は、運動器の機能向上のためのサービスの可否といった、個別サービスの利用の適格性に着目して行うのではなく、心身の状態が短期間に変動し易いため特定の要介護状態区分への判定がかなり困難で、比較的短期間（概ね６か月程度）での再評価が必要とならざるを得ないような事例が該当します。
- ・ なお、個別サービスの適否の判断および、具体的なサービス計画の作成については、介護認定審査会で一律に行うものではなく、対象者の心身の状況に加え、家族の状況等の周辺環境を踏まえ、対象者の希望に基づき、ケアマネジメントにおいて実施することとなります。

②「介護給付相当」と提示されている場合

→ 「廃用の程度」を吟味

- ・ 主治医意見書の「４．サービスに関する意見」や認定調査項目のうち、廃用の程度に関する項目（１０－１、１０－２、１０－３、２－５、２－７）の調査結果及び特記事項等の記載内容から廃用の程度を吟味し、廃用の程度が比較的軽度であり、新予防給付の利用が適切であると見込まれる状態像に該当すると考えられる場合には、「要支援２」と判定します。



(図3) 新たな要介護認定における審査及び判定の流れ

介護の手間にかかる審査において「要介護1相当」とされたものが対象

<資料>

- 介護認定審査会資料、「5. 認知症の自立度・廃用の程度の評価」
- 主治医意見書
- 特記事項(特に「歩行」「移動」に係る部分)

1. 介護認定審査会資料における参考指標等の確認

i) 認知症高齢者の日常生活自立度

認定調査と主治医意見書の
認知症高齢者の日常生活自立度を確認

一方が「自立もしくはⅠ」で、他方が「Ⅱ以上Mまで」と、
互いに結果が異なる場合

ii) 「認知機能・廃用の程度から推定される給付区分」

認知症自立度がともに「Ⅱ以上Mまで」の場合

『「認知症高齢者の日常生活自立度」の蓋然性評価』
が「C」または「D」の場合

『蓋然性評価』が「A」もしくは「B」、または
認知症自立度がともに「自立またはⅠ」の場合

『「認知症高齢者の日常生活自立度」の蓋然性評価』の「A」
から「D」のいずれかに「○」が提示されている。

「介護給付相当」と提示されます。

廃用の程度に関する項目の結果の組み合わせから、廃用
の程度を推計し、「介護給付相当」か「予防給付相当」かの
いずれかが提示されます。

2. 「認知機能・廃用の程度から推定される給付区分」の検証

i) 認知症高齢者の日常生活自立度の確定

- ・ 主治医意見書
- ・ 特記事項

の記載内容から総合的に自立度を確定します。

自立またはⅠ

Ⅱ以上Mまで

ii) 推定給付区分の吟味

① 「予防給付相当」と提示されている場合

→「状態の安定性」を吟味

- ・ 主治医意見書のうち、「傷病に関する意見」
 - ・ 特記事項
- 等の記載内容から検証。

原則「要介護1」
と判定

適切な医学的管理により認知
機能の維持・改善が見込まれる
場合は、「要支援2」と判定。

疾病や外傷等により、心身の状態※が安定していない場合
は「要介護1」と判定します。

※ 「心身の状態が安定していない状態」とは、罹患している傷病の日内変動の有無や予後予測の困難さに基づき判断するのではなく、疾病や外傷により短期間で心身の状態が変化することが予測され、それに伴い、要介護度の変化も短期間で生ずるおそれが高く、例えば、要介護認定の有効期間を原則より短くし（概ね6か月程度）、要介護状態等の再認定が必要な状態をいいます。

※したがって、主治医意見書等に疾病や外傷の症状が不安定との記載があることのみをもって当該状態に該当するものではなく、又、短期間での要介護度の再評価が必要でない場合等も該当しません。

② 「介護給付相当」と提示の場合→「廃用の程度」を吟味

- ・ 主治医意見書のうち、「生活機能とサービスに関する意見」
 - ・ 廃用の程度に関する項目等の特記事項
- 等の記載内容から検証。

廃用の程度が比較的軽度で、新予防給付の利用が適切で
あると見込まれる状態像の場合は「要支援2」と判定します。

(図4) 改善可能性に係る審査判定について

- ① 認知症高齢者の日常生活自立度について、認定調査による結果、主治医意見書による結果が表示されます。

◆ 認知機能の評価

認知症高齢者の日常生活自立度	
認定調査結果	[II a] 主治医意見書 [I]

図 6 認知機能の評価の表出例

- ② 認知症高齢者の日常生活自立度が認定調査、主治医意見書で、一方が「自立～I」、他方が「II以上」と異なる場合は、認定調査の結果から推定される、認知症高齢者の日常生活自立度が「自立」または「I」である蓋然性が表示されます。図 7 の例では「自立～I」である蓋然性が 75%以上であることを示しています。

◇ 「認知症高齢者の日常生活自立度」の蓋然性評価

「認知症高齢者の日常生活自立度」の蓋然性評価			
A	B	C	D
○			

※「認知症高齢者の日常生活自立度」が「自立～I」の蓋然性が
 A：75%以上 B：50%以上 75%未満
 C：25%以上 50%未満 D：25%未満

図 7 自立度の蓋然性評価の提示例

- ③ 認定調査のうち、状態の維持・改善可能性の評価に資する認定調査項目 5 項目について、調査結果が表示されます。なお、「歩行」、「移動」については、2－5「歩行」、2－7「移動」の調査結果を再掲しています。

◆ 認定調査結果

認定調査結果（廃用の程度に関する調査項目）	
歩行	: つかまれば可
移動	: 自立
日中の生活	: 座っていることが多い
外出頻度	: 月 1 回未満
状況などの変化	: 変化なし

図 8 認定調査結果の表出例

- ④ 認知症高齢者の日常生活自立度の結果及び認定調査のうち状態の維持・改善可能性の評価に資する認定調査項目の結果から、状態の維持・改善可能性を評価し、「予防給付相当」と「介護給付相当」のいずれかの給付区分を提示します。

☆ 認知機能・廃用の程度から推定される給付区分

◇ 認知機能・廃用の程度から推定される給付区分

☒ 予防給付相当☐ 介護給付相当

図 9 認知機能・廃用の程度から推定される給付区分の提示例

取扱注意

介護認定審査会資料

平成17年 5月27日 作成
平成17年 5月21日 申請
平成17年 5月21日 調査
平成17年 5月27日 審査

合議体番号： 000001 No. 1

被保険者区分 第1号被保険者 年齢 69歳 性別 男 現在の状況 居宅（施設利用なし）
申請区分 新規申請 前回要介護度 なし 前回認定有効期間 月間

1 一次判定等

（この分数は、実際のケア時間を示すものではない）

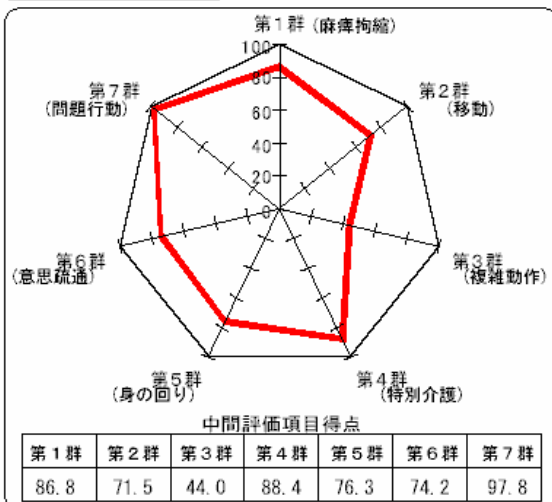
一次判定結果 : 要介護1

要介護認定等基準時間 : 34.7分

食事	排泄	移動	清潔保持	間接	問題行動	機能訓練	医療関連
0.7分	0.5分	1.0分	14.0分	3.6分	0.4分	5.4分	9.1分

警告コード:

3 中間評価項目得点表



4 日常生活自立度の組み合わせ

障害高齢者自立度: A1 認知症高齢者自立度: IIa

自立	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
0%	0%	40%	40%	20%	0%	0%

5 認知機能・廃用の程度の評価結果（「要介護1相当」の場合のみ使用）

認知症高齢者の日常生活自立度

認定調査結果 [IIa] 主治医意見書 [I]

「認知症高齢者の日常生活自立度」の蓋然性評価

A	B	C	D
○			

※「認知症高齢者の日常生活自立度」が「自立～I」の蓋然性が
A: 75%以上 B: 50%以上75%未満
C: 25%以上50%未満 D: 25%未満

認定調査結果（廃用の程度に関する調査項目）

歩行	: つかまれば可
移動	: 自立
日中の生活	: 座っていることが多い
外出頻度	: 月1回未満
環境・参加の状況等の変化	: ない

認知機能・廃用の程度から推定される給付区分

☒ 予防給付相当 ☐ 介護給付相当

6 サービス利用状況

訪問介護（ホームヘルプサービス）	: 0回/月
訪問入浴介護	: 0回/月
訪問看護	: 0回/月
訪問リハビリテーション	: 0回/月
居宅療養管理指導	: 0回/月
通所介護（デイサービス）	: 0回/月
通所リハビリテーション（デイケア）	: 0回/月

2 認定調査項目

	調査結果	○●	前回結果
第1群 1. 麻痺（左—上肢） （麻痺拘縮） （右—上肢） （左—下肢） （右—下肢） （その他）	ある		-
2. 拘縮（肩関節） （肘関節） （股関節） （膝関節） （足関節） （その他）	ある		-
第2群 1. 寝返り （移動） 2. 起き上がり 3. 座位保持 4. 両足での立位 5. 歩行 6. 移動 7. 移動	つかまれば可 自分で支えれば可 つかまれば可		-
第3群 1. 立ち上がり （複雑動作） 2. 片足での立位 3. 洗身	つかまれば可 支えが必要 一部介助		-
第4群 1. 7. じょうそう （特別介護） 1. 皮膚疾患 2. えん下 3. 食事摂取 4. 飲水 5. 排便 6. 排便	ある 見守り等		-
第5群 1. 7. 口腔清潔 （身の回り） 1. 洗髪 2. 髪 3. つめ切り 2. 7. 上衣の着脱 1. スボン等の着脱 3. 薬の内服 4. 金銭の管理 5. 電話の利用 6. 日常の意思決定	全介助 見守り等 一部介助 特別な場合以外可	○●	-
第6群 1. 視力 （意思疎通） 2. 聴力 3. 意思の伝達 4. 指示への反応 5. 7. 毎日の日課を理解 1. 生年月日をいう 2. 短期記憶 3. 自分の名前をいう 4. 今の季節を理解 5. 場所の理解	やっと聞える ときどき通じる できない		-
第7群 7. 被害的 （問題行動） 1. 作話 2. 幻視幻聴 3. 感情が不安定 4. 昼夜逆転 5. 暴言暴行 6. 同じ話をする 7. 大声を出す 8. 介護に抵抗 9. 常時の徘徊 10. 落ち着きななし 11. 外出して戻れない 12. 一人で出たがる 13. 収集癖 14. 火の不始末 15. 物や衣類を壊す 16. 不潔行為 17. 異食行動 18. ひどい物忘れ	ときどきある		-

<特別な医療>

点滴の管理	:	気管切開の処置	:
中心静脈栄養	:	疼痛の看護	:
透析	:	経管栄養	:
ストーマの処置	:	モニター測定	:
酸素療法	:	じょうそうの処置	:
レスピレーター	:	カテーテル	:

福祉用具貸与	: 0品目
短期入所生活介護	: 0日/月
短期入所療養介護	: 0日/月
認知症対応型共同生活介護	: 0日/月
特定施設入所者生活介護	: 0日/月
福祉用具購入	: 0品目/6月間
住宅改修	: ない

NCL110

2005/05/27 21:14:55

2. コンピュータによる給付区分の提示について

○ コンピュータによる認知症高齢者の日常生活自立度を用いた給付区分の具体的な提示方法は以下のとおりです。

- ① 「認知症高齢者の日常生活自立度」において、認定調査結果、主治医意見書の結果がともに「Ⅱ以上Mまで」の場合には「介護給付相当」と提示し、認定審査会資料に表出します。
- ② 「認知症高齢者の日常生活自立度」において、認定調査結果、主治医意見書の結果が一致しない場合、「認知症自立度評価ロジック」における「自立またはⅠ」の蓋然性がD「25%未満」または C「25%以上50%未満」の場合には「Ⅱ以上Mまで」の蓋然性が高いとして「介護給付相当」と提示し、審査会資料に表出します。（「認知症自立度の評価ロジック」の仕組みについては、＜参考1＞を参照してください）
- ③ 「認知症高齢者の日常生活自立度」において、認定調査結果、主治医意見書の結果がともに「自立またはⅠ」の場合、又はその結果が一致しない場合で「認知症自立度評価ロジック」における「自立またはⅠ」の蓋然性がA「75%以上」または B「50%以上75%未満」の場合には、認定調査のうち廃用の程度に関する項目の結果の組み合わせから、廃用の程度の提示をコンピュータにより行い、その結果をもとに給付区分を提示し、認定審査会資料に表出します。（コンピュータによる廃用の程度の提示の仕組みについては、＜参考2＞を参照してください）

<参考 1> 「認知症自立度評価ロジック」の仕組みについて

○ 「認知症自立度評価ロジック」は、現行の一次判定ロジックと同様に、樹形モデルを使用して作成されています。分岐の条件は、一次判定に使用しているものと同じく心身の状態に関する調査項目ですが、グループを分割する数値にはタイムスタディで得られたケア時間ではなく、「認知症高齢者の日常生活自立度」を使用しています。

○ 樹形作成手順は以下のとおりです。

①原樹形の作成

- ・対象データは、2004年3月1日～31日までに認定申請のあった事例のうち、認定支援センターに報告があったもの、447,659件。
- ・目的変数に「認知症高齢者の日常生活自立度」、説明変数に心身の状態に関する認定調査項目（67項目）を設定し、CHAID（ χ^2 乗値を指標とした樹形分析）を施行。その際、「認知症高齢者の日常生活自立度」については、＜自立またはⅠの群＞と＜Ⅱa以上Ⅲまでの群＞の2群にあらかじめ分類しました。また、分岐条件として、「分岐先の該当人数が442（総数の0.1%）名以上であること」を設定しました。

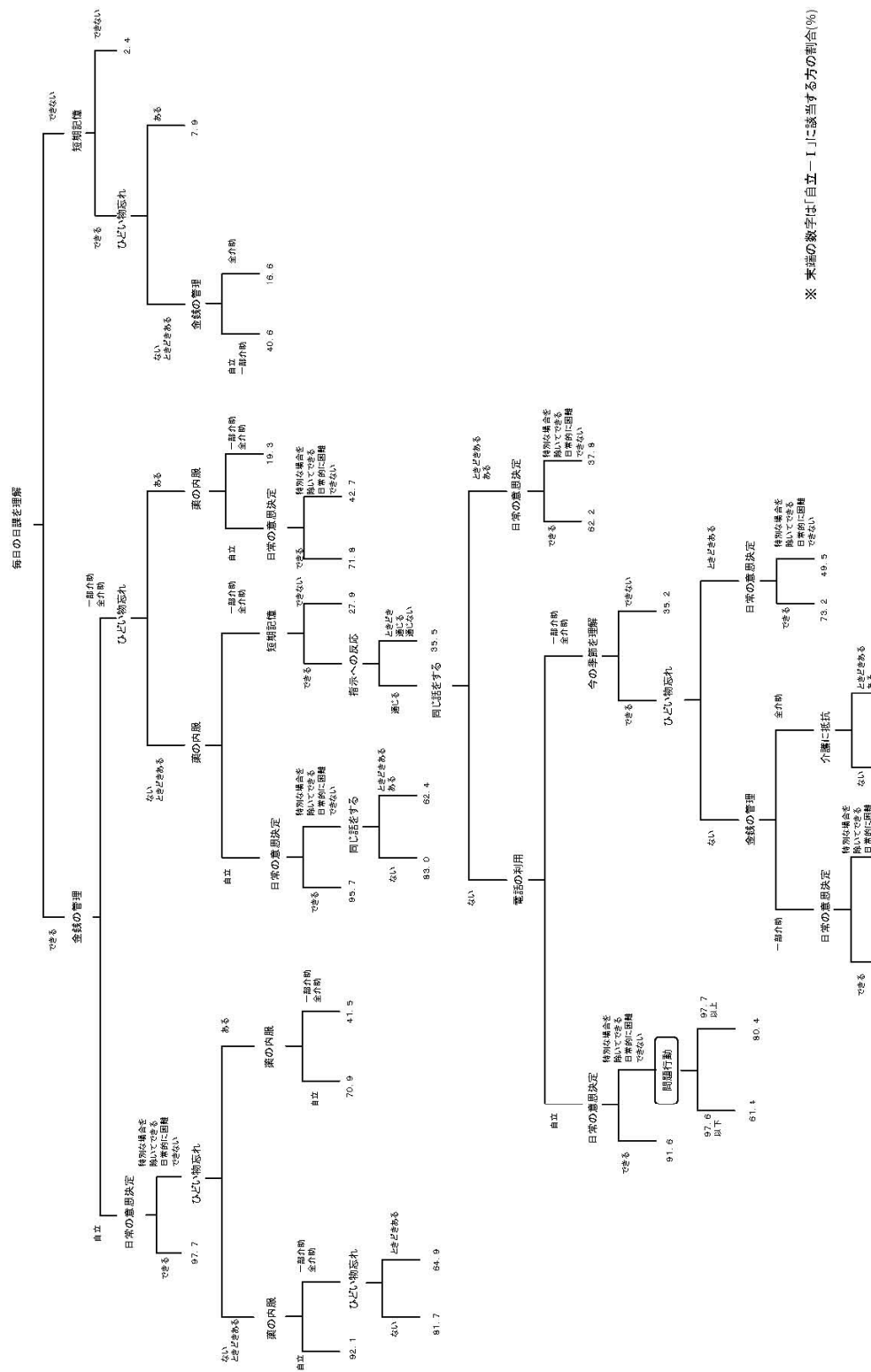
②交差検証

- ・原樹形作成後に交差検証を行ったところ、標準推定誤差は0.0004であり、安定性が認められました。
- ・交差検証とは、対象データを任意のn群に分割（今回はn=10とした）し、まず1番目の群を対象から外して樹形分析を実施、次に2番目を外して実施・・・をn番目まで繰り返し、それぞれにできあがった樹形モデルの一致度をみることで、樹形の安定性を検証しました。
- ・標準推定誤差は、n個の樹形におけるそれぞれの分岐のばらつきを平均値で示したものです。数値が小さいほど、ばらつきは少ないと判断されますが、今回の数値は1/1,000以下であることから、十分安定したものと判断しました。

③樹形図の最終決定

- ・＜自立またはⅠの群＞の割合がそれぞれA「75%以上」、B「50%以上75%未満」、C「25%以上50%未満」、D「25%未満」であって、それより下位のどの枝においても、割合の群が変わらない場合は、それより下位の枝を削除しました。

(図)認知症自立度評価口シツク



※ 末端の数字は「自立—」に該当する方の割合(%)

＜参考２＞コンピュータによる認定調査結果に基づく廃用の程度の提示について

- 「認知症高齢者の日常生活自立度」の評価において、推計結果に基づき「自立またはⅠ」とされた場合は、認定調査項目のうち廃用の程度に関する認定調査結果を用いて、給付区分の提示を行います。（「Ⅳ．会議認定審査会資料について」を参照）具体的な考え方は以下のとおりです。

表２ 「認知機能・廃用の程度から推定される給付区分」の考え方

- ① 認知症高齢者自立度がⅡ以上であれば「介護給付」と判断
- ② 認知症高齢者自立度が自立またはⅠであっても「介護給付」と判断される場合の基本原則（判断基準）
- １）身体機能が著しく低下している場合
 - ２）活動性は保たれているが、身体機能が相当低下している場合
 - ３）環境・参加などの変化はないが、身体機能が相当低下しており、活動性もやや低下している場合

歩行	移動	日中の生活	外出頻度	環境等の変化	給付種類	適用原則
できない	※	※	※	※	介護給付	１）
つかまれば可	全介助	横に	週１回以上	※	介護給付	２）
		座って	週１回以上	※	介護給付	２）
	一部介助	横に	週１回以上	なし	介護給付	３）

（「※」は上段の調査項目の調査結果の全ての場合が該当するという意味）

- ③ 認知症高齢者自立度がⅡ未満で、上記の表以外の組合せの場合は「予防給付」と判断

- 上記の考え方に基づく判断結果を参考指標として介護認定審査会資料に提示します。